

D^r FÉLIX GOICO

**De la Faculté de Médecine de Paris
Ancien Externe des Hôpitaux de Paris**

211

LES TECHNIQUES
DE LA
COLECTOMIE PAR CANCER

Travail du Service du D^r Lapointe
(Hôpital Saint-Antoine)

PARIS
LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

LES TECHNIQUES
DE LA
COLECTOMIE PAR CANCER

D^r FÉLIX GOÏCÔ
De la Faculté de Médecine de Paris
et de Saint-Domingue
Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

LES TECHNIQUES
DE LA
COLECTOMIE PAR CANCER

Travail du Service du D^r Lapointe
(*Hôpital Saint-Antoine*)

PARIS
LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE 2

1932

A MON PÈRE

*Qui fit de si grands sacrifices pour
moi. Je rends hommage à son
énergie et à son dévouement.*

*Qu'il trouve dans ce modeste ouvrage,
la marque la plus touchante de
ma profonde reconnaissance.*

A MA MÈRE

*Qui sut être admirable d'abnégation,
de dévouement et dont l'affection
et les sages conseils furent un vé-
ritable soutien au cours de mes
études.*

*Je lui dédie cette thèse en témoignage
de ma reconnaissance éternelle.*

A MES FRÈRES ET A MA SOEUR

*Pour les remercier de leur inalté-
rable attachement.*

A LA MÉMOIRE
DE NOTRE CHER ET REGRETTÉ MAÎTRE

M. le Docteur LAPOINTE

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Antoine
Officier de la Légion d'Honneur

*Qui a été pour nous, depuis deux ans,
le maître inlassable qui nous a
donné le meilleur de notre éduca-
tion chirurgicale.*

*Il a bien voulu nous confier le sujet
de ce travail, et sa haute compé-
tence nous a été des plus précieuses
dans son exécution.*

*Que sa famille trouve ici le témoi-
gnage émouvant et sincère de mon
admiration et de ma profonde gra-
titude.*

A NOTRE MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur LEJARS

Professeur de Clinique Chirurgicale à la Faculté
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Antoine
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur

En témoignage de notre profond respect et de notre gratitude pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant de présider cette thèse.

A NOTRE MAITRE

Monsieur le Docteur BRAINE

Cirurgien des Hôpitaux de Paris

*Qui nous a toujours accueilli, avec beaucoup de bienveillance.
Nous sommes heureux de lui exprimer notre infinie gratitude.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage

M. le Professeur COUVELAIRE.

M. le Professeur TEISSIER.

M. le Professeur GUILAIN.

M. le Docteur MILIAN.

M. le Professeur CLAUDE.

M. le Professeur LEGUEU.

Externat

1928. — M. le Professeur LEJARS.

1929. — M. le Professeur agrégé PASTEUR-VALLERY-
RADOT.

1930. — M. le Docteur LAPOINTE.

1931. — M. le Docteur LAPOINTE.

1932. — M. le Docteur BRÉCHOT.

A M. le Docteur FRANCISCO JOSÉ Y FLORÈS

*Qui fut un collaborateur dévoué et
m'a toujours témoigné sa sincère
amitié.*

*Qu'il trouve ici l'expression de ma
profonde sympathie et de ma re-
connaissance.*

A M. le Docteur AUDEMAR

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

*En témoignage d'amitié et de gra-
titude.*

A Messieurs les Docteurs : F. RAYMOND

B. ALARDO, F. BENZO, R. DE LARA, H. PIETER

A MM. les Professeurs de la Faculté de Médecine
de Saint-Domingue

A MES CAMARADES D'ÉTUDES

A MES AMIS

A MES COLLÈGUES D'EXTERNAT

MEIS ET AMICIS

A Mademoiselle ODETTE KRUMEICH

INTRODUCTION

Pendant ces deux années que nous avons passées dans le beau service de M. le docteur A. Lapointe, à l'hôpital Saint-Antoine, nous avons eu l'occasion de l'assister au cours de plusieurs interventions pour cancer du côlon.

Sur les conseils de notre regretté maître, nous nous proposons de donner, dans ce travail, une vue d'ensemble de cette importante question de technique.

C'est un des chapitres les plus documentés de la chirurgie intestinale et nous n'avons pas la prétention de l'enrichir de conceptions nouvelles.

Mais nous avons constaté à la lecture de nombreux travaux même récents, qu'il n'était pas toujours facile de se reconnaître au milieu de toutes les méthodes imaginées, depuis l'opération princeps de Reybard, pour atténuer la gravité de l'extirpation d'un cancer colique, qui restera toujours une opération grave.

Nous n'avons pas trouvé la clarté, que nous cherchions sur les idées directrices des différentes méthodes opératoires, dont les dénominations varient tellement suivant les auteurs qu'elles engendrent la confusion.

Nous n'avons pas trouvé non plus toute la précision

désirable sur le choix de la meilleure technique applicable à chaque cas particulier.

En nous inspirant de l'enseignement de M. Lapointe et de ses documents inédits qu'il nous a permis d'utiliser, nous espérons qu'il nous sera possible de dissiper quelques obscurités.



L'ÉVOLUTION DE LA PRATIQUE SES PRINCIPES DIRECTEURS

Sans refaire, après tant d'autres, l'historique de la colectomie pour cancer, il est indispensable de montrer à grands traits, les différentes étapes de la question et de dégager les principes qui ont guidé les opérateurs dans la recherche du succès opératoire.

C'est Reybard (de Lyon) qui posa, il y a juste un siècle la première pierre de l'édifice, à peine achevé de nos jours.

Reybard eut l'audace extraordinaire d'extirper d'emblée un cancer de l'ance sigmoïde. Son plan opératoire fut tout ce qu'il y a de plus simple : résection d'un segment long de trois pouces ; réparation par rapprochement des deux bouts et suture circulaire.

Son opéré guérit miraculeusement, sans doute grâce à l'utilisation de la suture séro-séreuse dont les expériences de Lambert et de Jobert de Lamballe venaient de montrer, quelques années auparavant, qu'elle était la condition du succès d'une entérorraphie.

Reybard envoya dix ans plus tard son observation à l'Académie de Médecine, et, Jobert devenu académicien, fut chargé du rapport. Il formula des conclusions défavorables.

Personne n'eut l'idée, avant longtemps, d'imiter Reybard. L'avènement de l'antiseptie devait provoquer de nouvelles tentatives. Mais la colectomie, à la façon de Reybard, la seule qui pouvait venir à l'esprit des premiers opérateurs, se montra si grave qu'on se contentait le plus souvent du traitement palliatif par l'anus artificiel.

Peu à peu les chirurgiens se rendirent compte des causes de leurs échecs et, instruits par l'expérience, ils apportèrent à la technique primitive de la colectomie des modifications qui allaient en atténuer la gravité.

Dans les débuts de la colectomie, on avait bien rarement l'occasion d'opérer des « cas purs » non compliqués. L'évolution d'un cancer colique est insidieuse et quand les malades arrivaient au chirurgien, beaucoup d'entre eux se trouvaient déjà au stade de rétention intestinale plus ou moins marquée ; trop souvent en occlusion complète, aboutissant d'une longue période de stase et d'intoxication. Décider une colectomie dans ces conditions, cela équivalait presque sûrement à un arrêt de mort. Un principe finit par s'établir qui domine le traitement radical du cancer du côlon :

Jamais d'extirpation d'emblée chez un malade en état d'occlusion, aussi minime soit-elle.

Autrement dit, ne faire la colectomie que sur un ventre plat.

Et c'est ainsi qu'est entrée dans la pratique de la colectomie le traitement préalable de la rétention, non seulement chez les malades en occlusion complète, mais encore chez tous ceux qui présentent le moindre signe d'obstacle du transit intestinal.

L'*anus artificiel* a été, et est encore, le moyen généralement employé.

Mais on a tenté d'utiliser pour obtenir la vidange d'un intestin distendu au dessus de l'obstacle, une autre intervention, théoriquement beaucoup plus satisfaisante que l'an^{us} artificiel : *l'exclusion*, qui est comme on le sait, une modification apportée par Salzer à *l'entéro-anastomose* de Maisonneuve.

Cet autre précurseur, contemporain de Reybard, avait imaginé l'opération qui porte son nom pour guérir les anus contre nature et les fistules stercorales, et il avait entrevu déjà la possibilité de l'appliquer au traitement de l'occlusion intestinale.

L'antiseptie remit en honneur l'entéro-anastomose, et celle-ci prit place, à côté de l'an^{us} contre nature, dans le traitement palliatif du cancer du côlon.

On visait en l'utilisant un double but : d'abord, faire cesser l'occlusion, en créant, suivant l'expression de M. Okinczyk, *une dérivation interne*, au lieu de la dérivation externe par anus contre nature ; ensuite, protéger la tumeur contre le contact des matières, soulager le malade en mettant son cancer « au repos » tout en lui évitant la situation pénible que crée l'an^{us} contre nature.

L'entéro-anastomose réalisait incomplètement ce programme. Si elle assurait l'évacuation du segment distendu, en amont de l'obstacle, elle laissait encore arriver dans le segment distal, une grande partie du contenu de l'intestin. On s'aperçut que pour supprimer ce passage, pour obtenir réellement la mise « au repos » du

cancer, pour « exclure », il fallait couper l'intestin entre l'orifice anastomotique et la lésion (exclusion unilatérale).

Nous ne voulons pas reprendre l'histoire de l'exclusion qui a suscité, il y a trente ans, de nombreux travaux et bien des discussions souvent obscures. Disons seulement qu'on distingue deux variétés : *l'exclusion unilatérale*, celle dont nous venons de parler, qui comporte une seule section au-dessus de la lésion à exclure, et *l'exclusion bilatérale* qui ajoute à la section en amont, une section en aval, sépare complètement le segment malade du reste de l'intestin et ne doit être pratiquée que sous forme *d'exclusion ouverte*, c'est-à-dire avec une ouverture à la peau du segment exclu.

L'exclusion, comme l'entéro-anastomose ne fut envisagée d'abord, répétons-le, que comme traitement palliatif, dans les cancers qu'on ne croyait pas justiciables de l'extirpation chez des malades dont l'état général permettait plus et mieux que le minimum opératoire, c'est-à-dire l'anus artificiel.

On devait demander davantage à l'exclusion et du rang d'intervention purement palliative pour cancer inopérable, nous la voyons passer au rang d'opération préliminaire à une extirpation, qu'on a remise à plus tard, et dont elle doit diminuer les risques.

Cette application spéciale et nouvelle de l'exclusion apporte une modification capitale de la technique primitive de la colectomie. C'est une méthode nouvelle de colectomie qui se trouve ainsi créée : au lieu de pratiquer dans une seule et même séance opératoire, à la

Reybard, les deux phases de toute entérectomie, la résection et la réparation, on procède, peut-on dire, « en décomposant » et en renversant l'ordre des deux actes. La colectomie est faite en deux opérations distinctes, séparées par un intervalle plus ou moins long.

Dans la première, on fait l'exclusion et on réalise du même coup la réparation ; dans la seconde, on enlève le segment malade précédemment exclu.

Tandis que se précisaient les principes opératoires que nous venons d'exposer, certains opérateurs s'orientaient dans une voie toute différente.

Un des gros risques de la colectomie, c'est la péritonite. Quand on opère comme Reybard, ou quand on fait une colectomie différée après exclusion, l'infection péritonéale peut se produire au moment de l'ouverture des cavités intestinales, temps dit septique de toute intervention ouvrant le tube digestif. Avec la technique moderne, on arrive presque toujours à se garantir contre cette cause d'infection.

La cause habituelle des péritonites septiques après entérectomie est *la déhiscence des sutures intestinales*, qui survient quelques jours après l'opération. L'expérience a montré que les sutures étaient d'une réalisation plus difficile au niveau du côlon qu'au niveau du grêle et nous aurons l'occasion de revenir sur ce point.

Quoi qu'il en soit, la crainte des mauvaises sutures et de la péritonite a fait surgir une conception opératoire tout à fait originale, qui ne pouvait venir à l'esprit que pour la chirurgie du côlon ou de la fin de l'iléon,

puisqu'elle comporte l'installation d'un anus artificiel total « en canon de fusil ».

Cette technique nouvelle vise à supprimer les deux causes d'infection péritonéale qui peuvent provenir soit de la résection elle-même, soit des sutures consécutives. C'est la *colectomie par extériorisation*, aujourd'hui très répandue, et qui consiste à amener hors du ventre la tumeur avec l'anse qui la porte. Le ventre est refermé autour du pédicule de l'anse extériorisée. La résection va s'exécuter alors en dehors du péritoine et l'anus contre nature qui en résulte sera fermé ultérieurement.

A qui revient le mérite de cette conception ?

M. Okinczye l'attribue à Reclus qui l'a exposée en quelques lignes dans la première édition du traité de thérapeutique chirurgicale (1892), d'ailleurs supprimées dans l'édition de 1898.

Mais nous ne croyons pas que Reclus ait jamais opéré de cette façon, du moins nous n'avons trouvé aucune observation publiée par lui.

Il semble que c'est Oscar Bloch (de Copenhague) qui opéra pour la première fois suivant ce plan nouveau (1892), qui fut d'ailleurs peu apprécié au début, si on juge par la sévère critique que de Bovis en a faite, dans la *Revue de Chirurgie* en 1900.

Mikulicz, par contre, adopta et perfectionna l'extériorisation et c'est à son impulsion qu'elle doit la place qu'elle a prise et qu'elle occupe encore dans le traitement radical du cancer du côlon.

Telle fut, nous semble-t-il, l'évolution des idées directrices du traitement radical du cancer du côlon. Si les

efforts accomplis ont éloigné la technique de l'idéale simplicité, ils ont contribué, comme nous le verrons, à diminuer d'une manière sensible les risques de la colectomie et à reculer les limites du traitement radical du cancer du côlon.

La nécessité d'opération en plusieurs temps avec dérivation est d'autant plus absolue qu'il s'agit de la partie gauche du cadre colique. Cette notion du siège des lésions à droite ou à gauche est d'importance majeure.

CLASSIFICATION DES TECHNIQUES LES GRANDES MÉTHODES DE COLECTOMIE

En repérant à grands traits, comme nous venons de le faire, l'évolution du traitement radical, nous avons vu comment des techniques plus ou moins éloignées de l'idéale simplicité étaient venues s'ajouter à celle que Reybard avait adoptée fortuitement.

Ces techniques, et surtout leurs variantes, sont nombreuses. Si l'on veut les classer d'une façon rationnelle et méthodique, il faut négliger les détails d'exécution et ne retenir que l'idée directrice, le plan général de la tactique suivie par l'opérateur.

On a d'abord attaché beaucoup trop d'importance à ce fait que les techniques imaginées depuis Reybard nécessitent plusieurs interventions successives et on a pris l'habitude de distinguer ces techniques d'après le nombre de ces interventions.

A la colectomie d'emblée, dite idéale, qui ne comporte qu'une seule séance opératoire, *colectomie en un temps*, on a donc opposé toutes les techniques nouvelles : *colectomies en deux temps, en trois temps*, voire même *en quatre temps*. Or, la multiplication des temps opératoires ne suffit pas du tout à indiquer la façon dont a été

exécutée la colectomie, et il arrive que deux plans opératoires essentiellement différents comportent un nombre égal d'interventions. Ainsi, une colectomie par extériorisation ne nécessite que deux interventions, comme une colectomie après exclusion. Ce sont des colectomies en deux temps, mais la technique en est pourtant très différente.

Le nombre des interventions n'est donc pas un critérium suffisant pour caractériser une méthode. M. Okinczyc a insisté à juste titre sur la confusion qui peut résulter de ce moyen de distinction si souvent utilisé par les auteurs et il a établi une classification basée sur le fait que le plan du traitement comporte ou non une *dérivation* du contenu intestinal.

La *dérivation*, c'est-à-dire la vidange de l'intestin plus ou moins distendu au-dessus du cancer, se fait tantôt au dehors par un simple anus artificiel : *dérivation externe*, tantôt par anastomose ou exclusion dans le segment intestinal sous-jacent au cancer : *dérivation interne*.

De là, trois méthodes de colectomie :

1° La *colectomie sans dérivation* (type Reybard);

2° La *colectomie avec dérivation interne*, qui est une exérèse secondaire à une exclusion préalable, préliminaire, ou primitive ;

3° La *colectomie avec dérivation externe*, c'est-à-dire avec anus contre nature, qui comprend deux variétés :

a) la *colectomie avec dérivation externe primitive*, ou *préalable* à l'exérèse (anus contre nature au-dessus de la tumeur),

b) la colectomie avec *dérivation externe contemporaine* de l'exérèse, qui est l'extériorisation, avec constitution d'un anus *in situ*, résultat obligatoire de toute colectomie par extériorisation.

En proposant cette classification, M. Okinczyc a tenu avant tout à mettre en relief, ainsi qu'il convenait, l'importance capitale de l'évacuation de l'intestin chez un opéré d'un cancer du côlon.

Avec notre maître, M. Lapointe, nous nous permettrons néanmoins de formuler quelques critiques.

D'abord, l'exclusion (dérivation interne de M. Okinczyc n'est pas une méthode très recommandable chez un cancéreux en état de rétention aéro-stercorale, même incomplète, et nous verrons que l'évacuation de l'intestin distendu n'est pas la qualité prédominante de ce mode opératoire.

D'autre part, dans la colectomie avec dérivation externe, M. Okinczyc rapproche deux conceptions techniques fort éloignées l'une de l'autre.

Qu'est-ce qu'une colectomie avec dérivation externe *primitive* ou *préalable*? Tout simplement l'opération de Reybard, exécutée chez un malade qu'on a traité d'abord, avant d'attaquer la tumeur, pour sa stase par un anus préliminaire. Si, au lieu de faire, comme Reybard, la colectomie d'emblée, on a jugé nécessaire d'installer un anus au-dessus de l'obstacle pour vider l'intestin, c'était dans le but de créer des conditions favorables à la résection. Dans un cas comme dans l'autre, celle-ci va se faire de la même façon, suivant le plan

idéal de toute entérectomie : « résection suivie de réparation immédiate ».

Autrement dit, l'anus préliminaire n'est pas un temps de la colectomie ; c'est le moyen héroïque dont nous disposons pour préparer l'intestin du malade quand l'évacuation ne peut pas être obtenue ou n'est pas à tenter (occlusion complète avec distension) par les moyens ordinaires.

Quant à la colectomie avec *dérivation externe contemporaine*, c'est-à-dire l'extériorisation, il nous semble que c'est un peu forcer l'analogie que de la placer dans le même groupe qu'une colectomie classique après anus artificiel. L'anus préliminaire à une opération de Reybard, traitement préparatoire de la colectomie chez un rétentionniste n'a de commun avec celui d'une extériorisation que l'évacuation des matières au dehors. Mais, alors que celui de l'extériorisation est une nécessité technique d'un type spécial d'extirpation, l'anus préliminaire est une nécessité thérapeutique. Aussi bien, il est recommandable, nous le verrons, quand on a choisi l'extériorisation comme plan opératoire, de ne pas la pratiquer d'emblée, si le malade est en état de rétention aéro-stercorale, même incomplète, et de faire cesser cette rétention par un anus préliminaire. Les cas de ce genre pour lesquels la dérivation préliminaire à distance est ainsi associée à la dérivation contemporaine *in situ* n'ont pas de place dans la classification de M. Ockinczyc.

Nous référant à l'enseignement de M. Lapointe, nous pensons qu'il faut cesser de considérer comme un temps

de la colectomie l'anus contre nature installé en amont du cancer qu'on se propose d'extirper ultérieurement. C'est le traitement de la stase qu'on fait, soit *d'urgence*, en cas d'occlusion complète, soit *en dehors de toute urgence* à seule fin de vidanger l'intestin en vue de la colectomie. Cette intervention préliminaire n'apportera aucune modification de principe à la technique qu'on choisira pour l'intervention fondamentale.

Ainsi comprise, cette question, en apparence si complexe des différentes espèces de colectomies, va se trouver très simplifiée.

Négligeant à dessein les modifications de détail ou les procédés d'auteurs, nous dirons qu'il y a trois grandes méthodes de colectomie, qui toutes trois peuvent s'exécuter avec ou sans anus préliminaire :

1° La *colectomie intrapéritonéale en un temps*. C'est la méthode idéale et originelle, celle que Reybard a pratiquée d'instinct, pourrait on dire, sans anus préliminaire.

La résection et la réparation s'exécutent à péritoine ouvert et dans la même séance opératoire.

2° La *colectomie intrapéritonéale en deux temps*. Elle a ce caractère très particulier que la réparation du tractus digestif se fait, grâce à l'exclusion, dans une première opération. L'extirpation de la tumeur se fait dans une deuxième opération : réparation première, extirpation secondaire.

Les deux opérations se font, comme l'unique opération de la méthode précédente, à péritoine ouvert.

3° La *colectomie extrapéritonéale en deux temps*. C'est la colectomie par extériorisation.

Ces trois méthodes de colectomie ont un trait commun : le rétablissement du transit intestinal par l'anus normal. Ce sont des colectomies *typiques*, ou, pour employer une expression de M. Okinczyc, des colectomies *achevées*. Il existe une quatrième méthode, applicable aux cancers bas du sigmoïde et dans laquelle on renonce au rétablissement du transit normal. Au lieu de *réparer* le côlon, comme dans les autres méthodes, on installe un anus définitif dans la fosse iliaque gauche, avec le bout supérieur, et on laisse en place le bout inférieur. Il s'agit donc d'une colectomie *atypique* ou *inachevée*. C'est l'opération dite de Mummery-Hartmann.

Nous la laisserons de côté, car elle ne nous paraît pas rentrer dans le cadre de ce travail. Le siège des tumeurs coliques auxquelles on peut l'appliquer est tout proche du haut rectum ; souvent même, il s'agit de tumeurs rectosigmoïdes. L'opération de Mummery-Hartmann appartient, en réalité, à la chirurgie du rectum et elle a eu pour but de simplifier l'opération abdomino-périnéale et d'en atténuer la gravité, en conservant le bout inférieur du rectum, quand il est resté sain.

LES ANUS ET FISTULES PRÉLIMINAIRES A LA COLECTOMIÉ

1° Indications

Comme nous l'avons dit précédemment, l'expérience acquise au cours des interventions a montré la gravité de la colectomie quand on l'exécute chez des malades en état de rétention aéro-stercorale, et, malgré les *inconvénients évidents* qu'offre cette manière de faire, la vidange préliminaire de l'intestin rétentionniste par un anus contre nature ou une simple fistule stercorale s'est imposée dans la pratique comme l'acte préparatoire indispensable auquel on doit avoir recours pour obtenir des conditions favorables au *succès* de l'opération principale.

On ne doit tenter l'extirpation d'un cancer du colon, quelque soit son siège, que sur un « ventre plat ». Nous ne saurions trop répéter que c'est là un principe fondamental et qu'il est toujours risqué de transiger avec lui.

Le chirurgien qui se propose d'enlever un cancer colique renoncera donc le plus souvent au succès rapide. Il se résignera à *procéder par étapes* et s'efforcera

d'avoir sur son malade l'ascendant nécessaire pour lui faire accepter plusieurs opérations successives. La chirurgie du cancer du côlon, sauf dans certains cas exceptionnels, n'est pas une chirurgie brillante et elle diffère singulièrement à ce point de vue de la chirurgie du cancer de l'estomac.

Lorsqu'un malade se présente en occlusion complète, éventualité encore trop fréquente, est-il besoin de dire qu'une laparotomie large, faite dans le but non seulement de rechercher l'obstacle mais de l'enlever d'emblée, constituerait une faute lourde ?

Dans ces conditions, la seule indication à remplir est de faire cesser de toute urgence la rétention stercorale, en se gardant de toucher à la tumeur.

Ouvrir d'urgence à la peau l'intestin distendu, telle est la seule conduite recommandable.

Par quoi pourrait-on remplacer, dans les cas de ce genre, la dérivation externe ?

Une dérivation interne par anastomose, avec ou sans exclusion unilatérale, n'est guère tentante. L'avantage qu'elle a d'épargner au malade les gros ennuis de la dérivation externe est peu de chose en face des risques qu'elle comporte.

Opération intrapéritonéale, avec sutures toujours précaires sur un intestin distendu, elle expose presque fatalement à la péritonite. En dehors de ce risque redoutable, elle réalise beaucoup moins vite et moins bien la vidange que la simple dérivation externe. Le passage des gaz et des matières a plus de peine à s'effectuer par l'orifice d'une anastomose que par une simple ouverture

à la peau. D'autre part, on a insisté dans ces derniers temps sur le danger d'intoxication suraiguë que provoquerait la résorption massive par le segment intestinal resté sain, au-dessous de l'anastomose, des liquides accumulés au-dessous de l'obstacle. L'iléo-colostomie, mode habituel de la dérivation interne, est une opération pleine de dangers pour des malades en rétention complète.

C'est donc à l'opération minima, anus ou fistule, qu'il faut toujours s'en tenir, chez les malades en rétention complète.

Dans les cas que nous venons d'envisager, l'anus ou la fistule représentent tout simplement le traitement de l'occlusion intestinale qu'on fait d'urgence aussi bien dans les cas de cancer inopérable que dans les autres. Obtenir la vidange de l'intestin pour couper court à l'intoxication stercorale aiguë, voilà ce qu'on demande, pour le moment, à la dérivation externe. Son but essentiel et pressant est d'empêcher la mort par occlusion.

Quand ils ne sont pas en rétention complète, les malades atteints de cancer du côlon ont presque toujours l'intestin plus ou moins distendu. Sans doute, les progrès de l'examen clinique et l'appoint capital de la radiologie ont amélioré dans des proportions considérables les conditions de la chirurgie du cancer colique. N'empêche que le diagnostic vraiment précoce est encore l'exception.

S'il y a des cas, malheureusement rares, dans lesquels le saignement constitue le premier symptôme, le « signal d'alarme » qui commande un examen radiologique, en

règle générale les cancéreux du côlon quand ils arrivent au chirurgien sont dans cet état de rétention incomplète chronique ou de subocclusion avec distension plus ou moins marquée qu'on désigne couramment aujourd'hui sous le nom de stase intestinale. La constipation, les bruits musicaux, les contractions péristaltiques visibles à travers la paroi, le clapotement cæcal, ces divers éléments du syndrome de König, associés ou non à la présence d'une tumeur palpable, tout cela traduit l'existence d'une rétention qui n'a pu se constituer qu'à une phase déjà avancée de l'évolution du cancer.

L'importance de ces troubles du transit et de la distension qui en est la conséquence varie, d'ailleurs, suivant les cas. Il nous a semblé qu'ils étaient d'autant plus marqués que le cancer siégeait plus bas. En tout cas, le cancer du cæcum, quand il n'intéresse pas la valvule iléo-cæcale, est moins occlusif que les autres, tumoral et présténosant en règle générale.

Le calibre du cæcum explique cette particularité qui fait du cancer cæcal un type relativement favorable au point de vue opératoire.

C'est pour la colectomie d'emblée, intrapéritonéale en un temps, que la stase intestinale chronique crée des conditions défavorables et cette notion relativement nouvelle devait amener, nous l'avons vu, à restreindre de plus en plus l'emploi de la technique de Reybard.

Cette restriction se justifie à la fois par l'état général des malades et par l'état de leur intestin.

La rétention stercorale chronique incomplète provoquée par un cancer colique, retentit sur tout l'orga-

nisme, en particulier sur le foie. Il en résulte un état d'intoxication qu'il est permis de comparer à celui d'un prostatique qui ne vide plus sa vessie, et qui diminue la résistance du sujet pour une opération aussi sérieuse que la colectomie intrapéritonéale.

En ce qui concerne l'intestin, c'est un fait depuis longtemps connu que la stase augmente la virulence du contenu intestinal. De plus, par la gêne circulatoire qu'elle engendre, surtout du côté du système veineux et lymphatique, la distension, qui remonte souvent très loin, jusque sur le grêle, provoque un œdème permanent qui rend les parois friables et nuit singulièrement à la bonne qualité des sutures intestinales.

La suppression de la stase va donc améliorer l'état général du futur opéré en même temps qu'elle fera disparaître l'infiltration œdémateuse des parois de l'intestin distendu. Elle représente le moyen le plus efficace dont nous disposons pour diminuer les risques d'une colectomie intrapéritonéale. Dans les cas de ce genre, l'anus ou la fistule préliminaire ne répond plus, comme dans les cas précédents, à une indication d'urgence. Son but n'est plus de sauver un malade agonique, mais simplement de préparer la colectomie ultérieure !

Faut-il pousser encore plus loin l'emploi de la dérivation externe ? Schloffer conseille d'y recourir systématiquement, même en l'absence de toute rétention. Elle permettrait d'opérer sur un côlon vide, elle épargnerait aux sutures intestinales le contact des matières et diminuerait ainsi les risques de la colectomie.

Tant de précautions nous paraît excessif. Quoi qu'on

fasse, une entérectomie ne sera jamais une opération rigoureusement aseptique. La chirurgie de l'intestin existerait-elle si la désinfection de la muqueuse intestinale était la condition du succès ?

Quand l'examen clinique et radiologique ont montré que toute stase fait défaut, nous pensons qu'on doit éviter au malade les ennuis de l'anus préliminaire. Il est vrai que, en dehors du cæcum, le diagnostic d'un cancer colique est bien rarement posé avant la période de stase.

Les indications de l'anus ou de la fistule préliminaire chez les malades en rétention chronique incomplète ne sont valables, est-il besoin de le faire remarquer, que quand on a choisi, pour pratiquer la colectomie, la méthode intrapéritonéale en un temps. C'est pour cette méthode là seulement que la dérivation externe représente un acte préparatoire indispensable.

Mais quand on se propose d'opérer par extériorisation, la dérivation externe préliminaire devient tout à fait inutile, du moment que le malade n'est pas en rétention complète.

La même remarque est applicable pour la colectomie intrapéritonéale en deux temps.

Ainsi, l'indication de l'anus ou de la fistule préliminaire, qui est absolue en cas d'occlusion complète et indépendante de la méthode de colectomie qu'on choisira si le cancer est opérable, n'est plus relative, en cas de simple stase et subordonnée à la décision préalable de faire la colectomie intrapéritonéale en un temps.

2° Quelques points de la technique opératoire

Nous nous abstiendrons d'exposer la technique des anus préliminaires et de reproduire ce qu'on trouve dans tous les traités. Nous voulons seulement préciser les points qui nous paraissent devoir retenir l'attention.

Un mot d'abord sur la question de l'anesthésie.

L'anesthésie générale est contre-indiquée. Chez les malades en occlusion complète on peut utiliser l'anesthésie locale. Nos préférences vont à la rachi-anesthésie à la stovaïne.

Quand on installe une dérivation externe avec l'idée qu'on pourra ultérieurement pratiquer une colectomie, on ne doit pas oublier que l'orifice d'évacuation qu'on va créer a pour but essentiel de faire cesser, soit une crise de rétention complète, soit simplement de la stase et qu'il ne sera pas définitif. Son indication fondamentale n'est pas d'empêcher complètement les matières de s'engager et de stagner dans le segment malade, à la manière d'une dérivation interne par exclusion unilatérale, mais seulement de faire cesser la distension et l'œdème du segment sus-jacent au cancer, et d'enrayer l'intoxication suraiguë de l'occlusion complète ou l'intoxication chronique de la stase de manière à obtenir les conditions favorables à la colectomie ultérieure.

Dès lors, point n'est besoin de faire un orifice d'évacuation totale, un anus avec éperon ou un anus par section complète, ni même un large orifice latéral. Une simple fistule, qui agit à la manière d'un « trop-plein », suffit à procurer le résultat désiré.

Elle est, du moins, la pratique de M. Lapointe, pour l'avantage de réduire autant qu'il est possible les chances d'infection de la paroi, cet inconvénient si fréquent de la dérivation externe, et de faciliter la fermeture ultérieure.

Un détail de technique qui a aussi son importance, c'est de n'employer pour fixer l'intestin à la paroi que des fils résorbables. La cicatrisation par primum est tout à fait exceptionnelle et nous avons la suppuration entretenue indéfiniment par les fils de lin perdus. Notre observation n° 8 est un exemple de cette erreur commise par le service d'urgence. A cette femme, entrée en occlusion complète par cancer du tranverse, on a fait d'urgence, au fil de lin, une large cœcostomie avec tube de Paul. Une grosse infection du foyer de la cœcostomie n'a permis de faire la colectomie typique qu'au bout de 2 mois et demi et la cicatrisation du pourtour de l'anus n'a été obtenue qu'après l'extirpation de plusieurs fils de lin. La fermeture n'a pu être faite que 7 mois après le début du traitement !

Il y a deux façons différentes de procéder pour l'ouverture de l'intestin fixé à la paroi. On peut ouvrir immédiatement ou attendre quelques jours. L'ouverture retardée a pour but d'éviter l'infection du foyer opératoire qui est à peu près fatale avec l'ouverture immédiate.

Chez un malade en occlusion complète, en général le temps presse et l'ouverture doit être immédiate. Après suture à la peau des bords de l'orifice, il est recommandable de placer une sonde de Pezzer pour éviter, dans la

mesure du possible, que la région opératoire ne soit souillée par les matières. Certains préfèrent, avec Lecène, avec Hartmann, la déviation plus large avec l'excellent tube de Paul (de Liverpool).

Nous n'insisterons pas sur les autres éléments du traitement de l'occlusion complète, tels que lavages de l'estomac, injections salées hypertoniques intraveineuses, etc., etc.

Mais quand il s'agit de simple stase chronique, sans occlusion, l'ouverture retardée est certainement préférable. En attendant quatre ou cinq jours pour ouvrir l'intestin, on a bien des chances de réduire au minimum et même d'éviter complètement l'infection.

Un point qui mérite de nous arrêter davantage, c'est le choix du segment intestinal sur lequel il convient de placer la fistule. Pendant longtemps cette question de l'emplacement à donner aux orifices d'évacuation fut réglée d'une façon un peu simpliste : anus iliaque gauche ou colostomie gauche dans les occlusions d'origine rectale ; anus iliaque droit dans tous les cas où le toucher rectal n'avait pas permis de découvrir l'obstacle.

C'était la pratique d'Auguste Nélaton qui, en cas d'occlusion intestinale siégeant ailleurs qu'au rectum enseignait qu'il fallait inciser dans la fosse iliaque droite et faire sur la première anse distendue qui se présentait dans la plaie une « entérotomie » ; nous dirions maintenant une « entérostomie ».

L'entérotomie de Nélaton portait sur l'intestin grêle, car c'est lui qui se présente le plus facilement. On n'a pas besoin d'introduire la main dans le ventre pour

attirer une anse grêle au dehors, comme on est obligé de le faire pour extérioriser le cæcum.

Cette particularité offrait à l'époque de Nélaton une réelle importance, puisqu'elle évitait toute manœuvre intrapéritonéale, et c'est la seule raison pour laquelle l'anus grêle, le plus détestable de tous les anus contre nature, fut si souvent pratiqué jadis, même dans les occlusions du côlon (1).

L'iléostomie ne se fait plus que pour les occlusions par cancer de la valvule iléo-cæcale ou des obstacles portant sur le grêle.

La substitution de la cæcostomie à l'iléostomie pour toutes les occlusions coliques siégeant en aval de la valvule iléo-cæcale fut la seule modification apportée par la chirurgie moderne à l'opération de Nélaton et la fistulisation du cæcum représente encore, à l'heure actuelle, le mode de dérivation externe le plus souvent adopté, quel que soit le siège de l'obstacle.

La cæcostomie est certainement préférable à l'iléostomie, d'abord parce que le cæcum se prête mieux que l'iléon à l'établissement d'une fistule ; ensuite parce qu'un anus cæcal débite des matières moins liquides et moins irritantes pour la peau qu'un anus iléal. Mais la cæcostomie est loin de garantir contre cette complication qui ne s'observe pas quand l'anus est placé sur un autre segment du côlon. « L'anus cæcal est une abomination. » (Paul) (2)

(1) Dans son traité, A. Nélaton rapporte un cas de volvulus de l'S. iliaque traité par iléostomie.

(2) *The Lancet*, 27 juillet 1912 ; in *journal de Chirurgie*, t. IX, p. 380.

La cœcostomie présente un autre inconvénient, quand on fait pour un cancer colique siégeant loin du cæcum sur le côlon gauche. Si elle assure l'évacuation du grêle, elle assure beaucoup moins bien celle du côlon. Entre l'orifice cæcal et un cancer de l'angle gauche ou du sigmoïde, le côlon reste plein de matières et distendu et si l'on a projeté une colectomie typique, les conditions favorables ne seront qu'imparfaitement réalisées.

Faire systématiquement la cœcostomie sans tenir compte du siège de l'obstacle est, croyons-nous, une erreur, et nous pensons qu'on doit la réserver aux cancers du cæcum lui-même et de l'ascendant, c'est-à-dire à ceux pour lesquels on ne peut pas faire une colostomie.

Pour les cancers de l'angle droit et de la moitié droite du transverse, il n'y a aucune raison de placer la fistule sur le cæcum plutôt que sur le côlon ascendant, ce dernier permettant une meilleure tolérance de colostomie qui y est pratiquée.

Pour tous les cancers gauches, c'est la fistulisation du transverse qui nous paraît indiquée. En plaçant l'orifice un peu à droite de la ligne blanche, on pourra protéger aisément l'incision de la laparotomie gauche, par laquelle on fera plus tard la colectomie.

Pour renoncer à la cœcostomie systématique, il faut bien entendu, que le chirurgien connaisse le siège de l'obstacle. En dehors des renseignements que peut fournir le palper, il dispose aujourd'hui de ceux que donne l'examen radiologique.

Malheureusement, dans les cas d'urgence, on n'a pas

toujours la possibilité, ni le temps, d'administrer au malade un lavement baryté et il peut arriver qu'on ne sache qu'une chose, c'est que l'obstacle n'est pas accessible au toucher rectal. Dans ces conditions, plutôt que de faire, sans plus, une cœcostomie, rien n'empêche d'introduire la main dans le ventre pour rechercher l'obstacle et faire, si on réussit à le découvrir, la fistule au bon endroit, quitte à s'en tenir à la cœcostomie si cette exploration rapide est restée négative.

L'exploration visuelle et manuelle à l'occasion de la colostomie est d'ailleurs une manœuvre toujours recommandable, même quand on connaît le siège de la tumeur. Elle peut fournir des données utiles sur le volume, l'étendue, la mobilité du cancer, sur la présence des adénopathies, ou encore découvrir des métastases hépatiques qui avaient échappé à l'examen clinique et qui démontreront l'inutilité de la colectomie qu'on croyait possible. La fistulisation du côlon « à l'aveugle » sans avoir repéré le signe exact et la nature de l'obstacle est d'une mauvaise pratique.

Telles sont les directives qu'il convient de suivre pour l'établissement des fistules de dérivation externe, aussi bien pour l'occlusion complète que pour la stase. Elles se résument dans cette formule : ne faire une iléostomie ou une cœcostomie que quand on ne peut pas faire autrement.

LA TECHNIQUE GÉNÉRALE

Avant d'aborder la description des différentes colectomies, nous envisagerons différents points d'ordre général, c'est à-dire indispensables, de la méthode opératoire choisie pour la résection.

1° La préparation d'une colectomie.

Une colectomie pour cancer n'étant jamais une opération d'urgence, on a toujours le temps de préparer le futur opéré.

Les infections broncho-pulmonaires constituent pour la chirurgie de l'intestin comme pour celle de l'estomac une cause importante de morbidité et de mortalité post-opératoires.

A notre avis, ce sont les infections descendantes dues à l'exaltation de la riche flore naso-bucco-pharyngée qui ont, et de beaucoup la plus grande part dans la genèse de ces complications.

Le nettoyage de la dentition, la gymnastique respira-

toire sont des mesures prophylactiques qu'on ne doit pas négliger.

Il en est de même de la vaccination préventive, devenue d'un usage général en chirurgie gastro-intestinale. On a l'embarras du choix parmi les nombreux vaccins proposés.

Nos préférences vont au lysat-vaccin polyvalent de Duchon, que M. Lapointe emploie couramment depuis deux ans, avec des résultats très satisfaisants. Rappelons que ce mode de vaccinothérapie repose sur les propriétés lysantes qu'exerce vis-à-vis des autres germes le bacille pyocyanique. Le vaccin de Duchon est le produit de la lyse des différents germes qu'on isole dans les broncho-pleuro-pneumopathies d'origine bucco-pharyngée : staphylocoques, streptocoques, pneumocoques, bacille diphtérique, bacille de Pfeiffer et micrococus catarrhales.

L'emploi de ce vaccin est fort simple : injecter sous la peau 1 cmc. pendant 7 ou 8 jours, et opérer dès le lendemain de la dernière injection.

2° Le choix de l'anesthésique.

La rachianesthésie est, à notre avis, la méthode de choix, comme dans toute opération abdominale sérieuse. M. Lapointe, qui emploie l'anesthésie lombaire depuis 25 ans, utilise la stovaïne à 1/10 dont on injecte 5 centigrammes. Après avoir essayé la plupart des autres succédanés de la cocaïne, il est revenu à la stovaïne qui est de tous les anesthésiques celui qui lui a donné le moins d'ennuis,

3° L'incision abdominale.

Les incisions transversales adoptées par certains opérateurs pour les cancers des angles ne nous paraissent pas offrir d'avantages sérieux sur les incisions longitudinales auxquelles on peut ajouter une branche transversale, en cas de nécessité.

L'incision médiane ou paramédiane sur la ligne blanche ou à son voisinage convient aux tumeurs de la partie moyenne du transverse.

On pourrait aussi faire une laparotomie pour le premier temps d'une colectomie intrapéritonéale en deux temps, par iléo-transversostomie ou iléo-sigmoïdostomie. Mais ainsi que nous le verrons plus loin, cette méthode n'est guère indiquée que pour certains cancers du côlon droit. Or, pour une colectomie droite, il faut faire une laparotomie droite. Si on veut opérer en deux temps, on incisera à droite dès le premier temps en prévision du second temps et on ne sera nullement gêné pour l'exclusion, même si on veut la faire avec l'anse sigmoïde.

Pour les cancers du côlon gauche, l'incision atteindra le rebord thoracique s'il s'agit d'un cancer de l'angle splénique ; elle descendra parallèlement à la crête iliaque pour les cancers de l'anse sigmoïde.

Quand le malade est porteur d'un anus préliminaire, de minutieuses précautions doivent être prises pour protéger l'incision de la colectomie.

La prudence commande de différer l'extirpation du cancer jusqu'au moment où le pourtour cutanéomuqueux de l'orifice sera complètement cicatrisé et en-

touré d'une peau saine. Le pus est encore plus dangereux que les matières.

En tous cas, on bouchera l'anوس avec un tampon de gaze maintenu par un leucoplaste pour l'isoler du champ de la colectomie et nous n'avons pas besoin d'insister sur des détails aussi simples.

Reste une éventualité plus embarrassante : le cas d'une colectomie droite chez un malade porteur d'un anus cæcal ou colique droit, pour un cancer du cæcum, de l'ascendant ou de l'angle droit. Il y a un moyen de se tirer d'affaire, c'est de fermer l'anوس immédiatement avant la colectomie, par libération de la paroi et un seul plan séro-séreux, en simplifiant la technique que nous décrirons, dans un autre chapitre, pour la fermeture des fistules et anus contre nature qui persistent après la colectomie. Ceci fait, on change de gants et de matériel opératoire pour entreprendre la colectomie droite.

4° La mobilisation du côlon

Une entérostomie, qu'elle qu'elle soit, doit se faire en dehors du ventre, et il faut pour cela que le segment intestinal à réséquer soit attiré à l'extérieur par l'incision de la laparotomie.

Or, dans la plus grande partie de son étendue, le côlon est fixé. Abstraction faite des adhérences pathologiques d'un cancer déjà avancé dans son évolution et des obstacles relatifs et parfois absolus qui en résultent pour son extirpation, l'anatomie normale du côlon né-

cessite, pour la plupart des colectomies, une manœuvre opératoire spéciale de libération préliminaire à la résection. Elle s'impose d'ailleurs pour une autre raison sur laquelle nous reviendrons : la nécessité de supprimer en même temps que la tumeur le segment mésentérique qui lui correspond et son territoire lymphatique.

Pour une transversectomie moins étendue, pour une sigmoïdectomie sur sigmoïde du type long, cette manœuvre préliminaire manque, et on peut dire que pour ces deux segments coliques l'entérectomie du côlon se rapproche de l'entérectomie du grêle.

C'est donc pour la cæco-colectomie droite, pour la colectomie des angles, et pour les sigmoïdectomies sur anse courte, que la libération préliminaire du côlon avec son méso s'impose.

Dans les cancers non compliqués, sans cellulite péri-néoplasique, la manœuvre est fort simple et n'a pas besoin d'être longuement décrite. Il s'agit de rétablir dans sa liberté originelle le mésentère des segments accolés en prenant soin de ne pas entraîner avec ce mésentère l'uretère et les vaisseaux génitaux.

Le décollement s'amorce le long du bord externe du côlon, par section aux ciseaux des tractus pseudo-ligamentaires qui se tendent du péritoine pariétal à la séreuse de l'intestin. Il se produit aux doigts aussi loin qu'il faut pour rétablir le côlon flottant dans un méso vasculaire.

A l'angle hépatique, les tractus mieux différenciés qui le suspendent au péritoine pariétal, au foie ou à la vésicule, sont faciles à sectionner sous le contrôle de la

vue, ainsi que la partie voisine du grand épiploon.

La libération de l'angle gauche, en raison de son siège profond et haut, est un peu plus difficile. Mais le principe est toujours le même : travailler à l'extérieur du cadre colique, en amorçant le décollement le long de la branche descendante. Une traction modérée sur cette branche tend le ligament phréno-colique qu'on coupe et lie au-dessus d'une pince. Il ne reste plus qu'à sectionner au ras du côlon la partie gauche du grand épiploon pour que l'angle gauche tombe dans la main, retenu seulement par son méso.

Décollement épiploïque

Quand au décollement colo-épiploïque, imaginé par MM. Lardennois et Okinczyc (1) nous ne voyons pas quel avantage il présente pour la libération du transverse et la découverte de son méso-vasculaire sur la simple section de l'épiploon gastro-colique. Par contre, quand il s'agit d'extirper un cancer du transverse, l'épiploon doit être considéré comme suspect et enlevé largement avec la tumeur.

5° L'ablation des ganglions et la résection des mésos

Pour les cancers du côlon comme pour les autres cancers, la propagation lympho-ganglionnaire est l'obsta-

(1) LARDENNOIS et OKINCZYC. — *Journal de Chirurgie*, t. XII, p. 247.

cle principal à la guérison définitive. L'extirpation aussi complète que possible des ganglions devait donc précéder les opérations, et, afin de mieux fixer ce point de technique opératoire, l'étude du système lymphatique du gros intestin a été reprise segment par segment.

De l'étude de MM. Pierre Descomps et Turnesco (1), modèle de précision anatomique, nous retiendrons ce qui suit :

Le dispositif du système vasculaire lymphatique du côlon, comme de tout l'intestin, est analogue à celui du système veineux. Les lymphatiques du côlon droit, c'est-à-dire de l'anse iléo-colique et de la plus grande partie du transverse, forment entre les deux feuillets du méso primitif un réseau homologue à celui que constituent les veines afférentes droites du tronc de la grande mésentérique. Ceux du côlon gauche, c'est-à-dire de toute la partie du côlon située à gauche du pédicule vasculaire mésentérique supérieur, comprenant, avec l'extrémité gauche du transverse, l'angle splénique, le descendant et le sigmoïde, représentent avec ceux du rectum un réseau homologue à celui de la petite mésentérique.

Les deux réseaux convergent sous le corps du pancréas pour participer à la constitution d'un confluent lymphatique homologue de la veine porte, confluent portal de Descomps et Turnesco qui aboutit à la citerne de Pecquet.

(1) DESCOMPS et TURNESCO. — La circulation lymphatique du gros intestin, *Revue de Chirurgie*, 1923, p. 329.

Des ganglions innombrables parsèment toute l'étendue de ces deux vastes réseaux. Mais on peut distinguer entre le cadre colique et le confluent portal trois zones ganglionnaires principales.

1° Une ZONE PÉRIPHÉRIQUE de petits ganglions ou simples pelotons lymphatiques, situés, les uns sur l'intestin lui-même, (ganglions épicoliques), les autres le long de l'arcade lymphatique marginale, homologue de l'arcade sanguine (ganglions paracoliques).

3° Une ZONE INTERMÉDIAIRE de ganglions échelonnés dans l'épaisseur du méso le long des troncs lymphatiques qui convergent vers sa racine, comme les troncs veineux.

D'après Descomps et Turnesco, ces ganglions intermédiaires feraient défaut au niveau des segments accolés, de telle sorte que la circulation lymphatique serait plus riche en ganglions au niveau des segments mobiles, transverse et sigmoïde.

3° Une ZONE CENTRALE de ganglions plus ou moins rapprochés de la racine des mésos. D'après l'origine des collecteurs, Descomps et Turnesco distinguent trois groupements qu'il désignent sous le nom de confluent primaires :

a) *Confluent primaire droit* : 4 à 10 ganglions situés dans l'angle iléo-cæcal. Ils ont pour afférents les collecteurs de la fin de l'iléon, de l'appendice, du cæco-colon ascendant jusqu'à l'angle hépatique, et pour efférents, des troncs qui croisent la face antérieure de la troisième portion du duodénum et s'enfoncent derrière le corps du pancréas pour aboutir au confluent portal.

b) *Confluent primaire moyen ou transverse* : 2 à 3 ganglions sur la face antérieure de la tête du pancréas. Ils reçoivent les collecteurs de l'angle hépatique et des 3/4 droits du transverse ; après un court trajet, leurs afférents gagent le confluent portal.

c) *Confluent primaire gauche ou sigmoïdien* : 6 à 8 ganglions dans le pied du méso-sigmoïde. Ils reçoivent les collecteurs de la branche inférieure de l'angle splénique, du descendant et de l'anse sigmoïde en même temps que les collecteurs du rectum. Leurs efférents remontent avec la petite mésentérique, contournent l'angle duodéno-jéjunal avant d'atteindre le grand confluent rétro-pancréatique.

Au delà de ces trois groupements ou confluents primaires, il n'y a plus que celui du confluent portal.

Ce rendez-vous de tous les lymphatiques du tractus gastro-intestinal et de ses annexes est constitué par une masse de 8 à 10 ganglions, profondément cachés derrière le corps du pancréas et en rapport intime avec l'énorme plan veineux rétropancréatique. Ils sont devant, derrière et sur les flancs du tronc porte et de ses grosses branches d'origine et y adhèrent quand ils sont enflammés ou dégénérés.

Cette disposition quasi schématique des trois relais ganglionnaires situés dans les mésos existe dans toute l'étendue du cadre colique, sauf au niveau du quart gauche du transverse et de la branche supérieure de l'angle splénique.

Là, en dehors des ganglions épicolique et paracoliques (premier relais) on ne trouverait que des ganglions

intermédiaires (deuxième relais). Le troisième relais ferait défaut. Autrement dit, au-delà des ganglions intermédiaires, les collecteurs aborderaient directement le groupe rétropancréatique, qui risquerait ainsi d'être envahi dans les cancers de la partie gauche du transverse, plus précocement que dans les cancers des autres segments.

De cette anatomie normale, quelles déductions utiles pouvons-nous tirer, au point de vue de l'extirpation des ganglions dans les cancers coliques ? Dans quelle mesure la chirurgie doit-elle s'en inspirer ?

Nous laissons de côté la question des contre-indications au traitement radical qui résultent des envahissements ganglionnaires diffus.

Pour tout cancer opérable, l'idéal serait d'extirper en bloc la tumeur et son pédicule lympho-ganglionnaire. Mais il y a loin de la théorie à la pratique. On sait ce qui s'est passé, par exemple, pour le cancer du col de l'utérus. Les espoirs qu'avaient fait naître les larges évidements ganglionnaires du bassin, à la manière de Jonnesco, ne se sont pas réalisés, et l'hystérectomie « élargie » telle qu'on la pratique de nos jours a beaucoup moins de prétention.

Si l'on voulait appliquer au cancer du côlon la formule idéale, il faudrait supprimer, avec tout l'appareil lymphatique des mésos, le dernier relais rétropancréatique.

M. Richard a étudié la technique de ce complément opératoire, spécialement pour les cancers du côlon transverse qui serait particulièrement disposé à l'enva-

hissement des ganglions du confluent portal. Mais la logique commanderait qu'on fit partout de même, car l'ablation limitée aux trois premiers relais n'est plus conforme à la formule idéale, quel que soit le siège du cancer.

Dans les nombreux documents que nous avons étudiés, nous n'avons trouvé aucune observation d'extirpation des ganglions périportaux rétropancréatiques et nous ne croyons pas qu'elle ait beaucoup de chances d'entrer dans la pratique.

Il suffit de se représenter les risques et les difficultés d'une pareille intervention pour ne pas être tenté de la recommander.

Est-ce à dire que dans l'extirpation d'un cancer colique on ne doit pas se préoccuper des ganglions ? Ce serait absurde. M. Abadie (1) nous paraît avoir donné sur ce point la note juste : « S'il est de saine pratique de réséquer largement intestin et méso de part et d'autre de la tumeur et de poursuivre l'excision cunéiforme du mésentère jusqu'à l'origine de l'artère colique correspondante, il n'y a là aucune indication opératoire spéciale aux ganglions, car les résections sont habituellement très étendues, pour des raisons de commodité et de sécurité opératoires ».

En enlevant largement, jusqu'à son pied, l'éventail mésentérique correspondant au segment colique que l'on résèque, on supprime avec les premiers relais gan-

(1) ABADIE. — Congrès français de Chirurgie, 1922 (*Technique et résultats de colectomie pour cancer*), p. 283.

glionnaires et tenter davantage serait aggraver encore une opération déjà sérieuse.

A l'heure actuelle, les chirurgiens ont perdu la foi dans les larges évidements ganglionnaires et il y a eu des accommodements entre la pratique et la théorie.

Au côlon comme ailleurs, on sait que les ganglions hypertrophiés sont loin d'être toujours cancéreux. Tuer un malade en lui enlevant les ganglions rétropancréatiques et constater ensuite que ces ganglions étaient inflammatoires serait une aventure pour le moins regrettable !

L'envahissement ganglionnaire est le gros écueil de la chirurgie du cancer et le coefficient d'efficacité de nos opérations dépend beaucoup plus de leur précocité que de leur élargissement. L'idéal serait d'opérer avant la propagation du cancer aux ganglions, car, quand ils sont pris, l'avenir reste très sombre et ceux qui ont l'expérience de la chirurgie du cancer en arrivent à se demander si l'ablation des ganglions tributaires d'un épithéliome n'a pas pour utilité principale de permettre de formuler un pronostic sur l'avenir éloigné du malade !

6° La technique des sections, des incisions et des sutures intestinales dans la colectomie

La technique des deux sections transversales de toute entérectomie, et des incisions latérales pour l'établissement des anastomoses, est la même pour le côlon que pour l'intestin grêle. Du reste, comme nous le verrons,

dans les colectomies droites et dans les colectomies subtotaies, comme dans les excisions du type courant, la section proximale porte sur la fin de l'iléon.

Mais on doit tenir compte de cette notion classique : la cavité du gros intestin est plus septique que celle du grêle et la septicité va croissant du cæcum à l'anse sigmoïde.

Il s'ensuit qu'il faut, dans une colectomie, redoubler d'attention pour éviter la souillure du champ opératoire, des gants et des instruments par le contenu du côlon et les contacts de sa muqueuse. Quand on a l'habitude de la chirurgie intestinale, on y arrive même en utilisant la technique habituelle de la section entre deux clamps. L'opérateur qui sait amener le côlon hors du ventre, disposer autour de lui un lit de compresses supplémentaires, refouler le contenu avant de placer les clamps, nettoyer les tranches de section de la lumière de l'intestin avec des tampons iodés, changer de gants au moindre contact douteux, cet opérateur obtient des garanties pratiquement avec l'instrumentation consacrée.

Le bistouri électrique remplacera avec avantage les ciseaux, car il supprime le saignement des tranches et donne ainsi des facilités pour les sutures d'une réparation bout à bout.

Pour la même raison, M. Lapointe s'en sert maintenant régulièrement pour l'incision des cavités digestives, dans toutes les anastomoses jéjuno-gastriques et intestino-intestinales, et nous n'avons jamais vu d'accident imputable à l'escarrification limitée que produit l'instrument sur les tranches de section.

C'est ce désir d'augmenter encore les garanties de l'aseptie qui a fait la vogue des écraseurs en chirurgie gastro-intestinale. N'en a-t-on pas exagéré la valeur ? Les garanties que donne l'écrasement, au point de vue de l'aseptie, cessent à partir du moment où on enlève l'écraseur. Si on veut, après une double section transversale sur écraseur, réunir bout à bout les deux tranches, il faut bien supprimer l'écraseur et laisser s'ouvrir la cavité de l'intestin que l'écrasement de la tranche n'a pas désinfectée.

La supériorité de l'écrasement n'apparaît vraiment que dans le cas particulier d'une section qu'on va fermer sans l'utiliser pour la réparation, et à la condition qu'on emploie le procédé si ingénieux de Mayo (1) pour la fermeture.

Nous l'avons vu bien souvent utiliser dans le service de M. Lapointe pour la fermeture du bout duodénal après gastrectomie et, pour la constitution des moignons intestinaux, abandonnés librement dans le ventre.

L'écraseur de Mayo étant serré à bloc, le plein de la lame du bistouri tranche l'intestin au ras de l'écraseur. Après badigeonnage à l'iode, on exécute, par-dessus l'écraseur, au point de Cushing un surjet séro-musculaire à points alternés, d'une face à l'autre, « en va et vient » (Abadie), sans nœud d'arrêt ni au départ ni à la fin. On desserre et dégage l'écraseur des boucles qui recouvrent sa face libre tandis que l'aide tire sur

(1) W. T. MAYO, *Surgery of the Large Intestine et Ass. of Surg.* 1909 vol. 2, page 220.

chaque extrémité du fil. La tranche écrasée s'enfouit toute seule sous l'accolement séro-séreux et on fait par-dessus un deuxième enfouissement.

Cette section par écrasement, avec fermeture des deux bouts, dans une entérectomie, comporte naturellement la réparation de l'intestin par abouchement latéro-latéral, et l'intervention perd, dans ce deuxième acte, le caractère rigoureusement aseptique que l'écraseur lui avait donné dans le premier.

Peut-être y aurait-il un moyen de le conserver jusqu'au bout, en utilisant le bistouri électrique à la façon de M. V. Pauchet. Il y a une trentaine d'années, Ch. Souligoux avait cherché le moyen d'établir des anastomoses sans ouvrir les cavités digestives. Pour cela, après établissement du surjet séro-séreux postérieur, il faisait sur chaque viscère une escarre à la potasse caustique et complétait le surjet séro-séreux. La chute ultérieure de l'escarre établissait la communication.

V. Pauchet (1), reprenant l'idée de Souligoux, remplace la potasse caustique par le bistouri électrique qui « cuit » dans l'étendue désirée, toute l'épaisseur de la paroi, mais n'ouvre pas la cavité quand on le tient d'une main légère. Une fois le surjet séro-séreux terminé, il suffirait de malaxer entre les doigts la zone d'accolement des deux viscères pour établir, séance tenante, la communication.

Nous ne savons pas au juste ce que vaut cette cu-

(1) V. PAUCHET. — *Sa pratique chirurgicale illustrée*, fascicule XVII, p. 179.

rieuse utilisation d'un instrument aujourd'hui fort à la mode, ni si cette malaxation suffit vraiment à établir le passage ; mais nous faisons, *a priori*, une objection.

Le surjet total hémostatique est supprimé et le bistouri électrique n'est pas une garantie absolue contre l'hémorragie secondaire, à la chute de l'escarre. Au surplus, elle s'adapterait difficilement à la minceur des parois coliques, car lorsqu'on fait de cette manière des gastro-entérostomies on ne réussit pas toujours à ne pas ouvrir la lumière du jejunum dont les parois sont plus minces que celles de l'estomac.

Pour la réparation après colectomie, c'est par suture qu'il faut la faire. Les boutons anastomiques ne s'emploient plus guère et la vieille querelle entre « suturistes » et « boutonnistes » n'a plus qu'un intérêt historique. Les chirurgiens doivent savoir coudre rapidement avec une aiguille ronde et droite de couturière et sans porte-aiguille, faire un nœud de la main gauche. A ce point de vue, la technique intestinale a fait de sérieux progrès, et on se sert de moins en moins de la petite aiguille de Reverdin, qui « accroche » et fait de trop gros trous.

Comme matériel, c'est le fil de lin qui est ordinairement utilisé avec les aiguilles de couturière.

La suture à deux plans est restée classique : c'est un surjet total hémostatique et un surjet séro-musculaire d'enfouissement.

Il y a, dans le mode d'exécution des surjets, des variantes que nous ne voulons pas décrire. Disons seulement que, pour le surjet total, on fermera la tranche

antérieure comme la tranche postérieure de telle manière que les bords de la muqueuse se trouvent inversés dans la lumière intestinale, en avant aussi bien qu'en arrière. Voici quelle est, à notre avis, la façon la plus simple de procéder, aussi bien pour une entérorraphie bout à bout que pour une latéro-latérale ou termino-latérale. Le séro-séreux postérieur étant terminé, une pince de Chaput va saisir chaque angle, une branche dans chacune des lumières intestinales. La même aiguillée fera le surjet dans sa totalité, en arrière d'abord, puis en avant. On commence le surjet postérieur à droite, en piquant l'aiguille en dehors de la pince de Chaput. On arrête le départ du surjet par un nœud de la main gauche et on enlève la pince de Chaput. Arrivé à l'angle gauche, on enlève l'autre pince et on continue le surjet avec le même fil sans interruption sur les lèvres antérieures (fig. 1). Mais, ici, le point se fait en deux temps : l'aiguille traverse d'abord la lèvre éloignée de dedans en dehors, muqueuse-séreuse, puis la lèvre rapprochée, de dehors en dedans, séreuse-muqueuse, comme sur les lèvres postérieures. L'aiguille amène le fil dans la lumière de l'intestin pendant que de la main gauche, armée d'une pince à disséquer sans griffes, l'opérateur aide la muqueuse à disparaître dans la lumière intestinale. Ne jamais faire pour ce surjet inversant antérieur le point passé ou « de feston », qui empêche le rebroussement muqueux.

On termine par le séro-séreux antérieur, qu'on fait sans pince, en tenant l'ouvrage de la main gauche, comme une couturière,

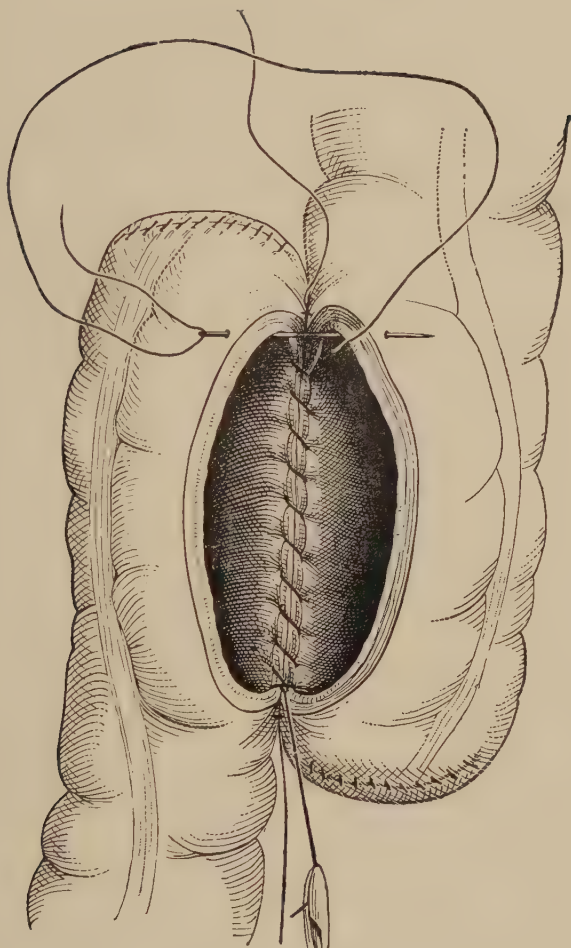


FIG. 1. — 1° Un surjet séro-séreux postérieur ; 2° un surjet total postérieur : amorce du même surjet au moment de l'exécution du total antérieur,

L'application à la colectomie de la technique générale de l'entérorraphie telle que nous venons de la résumer, rencontre des difficultés qui tiennent à l'anatomie du côlon, différente à certains égards de celle de l'intestin grêle.

La bonne exécution d'une colo-colorraphie ou d'une iléocolorraphie est toujours plus délicate que celle d'une entérorraphie du grêle.

Même au niveau des segments mobiles, transverse ou anse sigmoïde, pour lesquels les conditions de l'entérorraphie se rapprochent le plus de celles que l'on trouve à l'intestin grêle, l'opérateur est gêné soit par l'épiploon, soit par les *appendices épiploïques*, si souvent surchargés de graisse.

Dans la résection d'un cancer du transverse, on doit enlever, comme nous l'avons dit, avec le segment colique toute la partie d'épiploon qui lui correspond. Mais pour une réparation bout à bout, on commence par se débarrasser sur chaque bout de l'épiploon restant sur une étendue suffisante pour que les deux bouts s'approchent librement et que les surjets puissent se faire sans interposition épiploïque. Le tour de main de MM. Lardennois et Okinczyc rendra cette libération facile.

Les appendices épiploïque font obstacle aux bonnes sutures, et c'est surtout au niveau du sigma que leur exubérance adipeuse est gênante. On les décolle et sectionnera après ligature fine à leur base, en songeant à la *possibilité d'un diverticule*. Une autre cause de difficulté, surtout dans un bout à bout, réside dans la min-

ceur des parois coliques au niveau des bosselures, dans l'intervalle des bandelettes. Elle expose aux points perforants et, par suite, infectants.

Notons enfin qu'au niveau des segments accolés, en particulier de l'ascendant, la vraie séreuse fait défaut dans les zones d'accolement et le surjet dit « d'enfouissement » risque de ne plus enfouir convenablement le surjet total.

C'est en raison de toutes ces particularités que pour les réparations du côlon beaucoup d'opérateurs ont adopté les abouchements latéro-latéraux, ou termino-latéraux, de préférence au bout à bout, et qu'aux résections limitées à un segment de côlon droit, on a substitué la résection iléo-colique étendue qu'on appelle l'hémicolectomie droite.

Ces abouchements latéraux ont-ils quelque inconvénient ? « On a fait un épouvantail, a écrit M. Lapointe (1), de la distension des culs-de-sac dans l'antérorraphie latéro latérale ou termino latérale. Sans doute, quand on abouche l'iléon dans le sigmoïde au-dessous d'un long segment colique conservé en exclusion unilatérale, le reflux avec ses inconvénients ou ses dangers n'est pas un mythe. Mais un cul-de-sac quasi vertical sur un bout colique bien fermé est-il vraiment un vice rédhibitoire ? Je n'en crois rien ». Défendant la même opinion, Lecène (2) déclarait à son tour : *L'anastomose latérale (après colectomie) reste une bonne méthode dont*

(1) LAPOINTE. — *Loc. cit.*

(2) LECÈNE. — *Bull. de la Soc. de chirurgie de Paris*, 4 mai 1931, p. 593.

on a trop médité. Elle permet de faire porter l'anastomose sur des segments intestinaux bien vivants, entièrement recouverts de péritoine, et de plus, grâce à l'écrasement avec enfouissement immédiat des bouts, elle expose au minimum à l'inoculation septique du champ opératoire.

En définitive, la réparation bout à bout que Reybard eut la chance fortuite de réussir, il y a juste cent ans, avec une technique bien imparfaite, pour un cancer sigmoïde, nous apparaît comme un procédé d'exception, qu'il vaut mieux ne pas utiliser.

LES COLECTOMIES INTRAPÉRITONÉALES TECHNIQUES ET INDICATIONS

I. — Colectomie intrapéritonéale en un temps

C'est la méthode la plus ancienne, qui consiste, comme nous l'avons dit en exposant notre classification des colectomies, à pratiquer la résection et la réparation en une seule et même séance opératoire.

Ouvrir largement l'abdomen pour explorer la tumeur et ses relais ganglionnaires, reconnaître si elle est opérable ; décoller le méso, quand elle siège sur un segment accolé ; l'amener hors du ventre pour faire la résection, puis la réparation ; enfin réintégrer en péritoine libre l'intestin réparé, telle est dans ses grandes lignes la marche de l'opération.

La longueur du segment colique à réséquer diffère suivant les cas et à ce point de vue particulier, l'entérectomie du côlon diffère de l'entérectomie du grêle.

Pour une tumeur du grêle, il n'y a qu'une façon de procéder : enlever un segment assez long pour que les deux sections passent à distance de la tumeur, en tissu sain, à une dizaine de centimètres de chaque pôle. Une entérectomie pour cancer du grêle, bien qu'elle soit

largement faite, n'en est pas moins dans tous les cas une *entérectomie segmentaire économique*.

Nous allons voir qu'au niveau du côlon, cette entérectomie économique n'est plus au contraire qu'une technique d'exception.

Le gros intestin n'est guère plus qu'un réservoir des matières, et on peut en supprimer de longs segments, voire la totalité sans compromettre la vie.

Ce rôle physiologique restreint du côlon devait permettre pour des raisons de commodité et de sécurité de faire une large place, à côté de la colectomie segmentaire économique (celle de Reybard), à des colectomies beaucoup plus étendues, *hémi-colectomie droite* et même *colectomie subtotale*.

C'est ainsi que pour le cancer du cæcum, on a été conduit à pratiquer une large *hémi-colectomie droite* (fig. 2).

Il s'agit plus exactement d'une iléo-colectomie, car la section proximale porte sur l'iléon. La section distale tranche le transverse à bonne distance de l'angle. La continuité se rétablit par iléo-transversostomie.

La même technique est utilisable dans les cancers de l'angle hépatique et de la partie voisine du transverse, en reportant plus ou moins vers la gauche la section distale.

Cette extension donnée à la colectomie pour les cancers droits, offre d'indiscutables avantages. D'abord, elle assure bien plus largement qu'une colectomie segmentaire économique, la suppression du mésentère et de ses différents relais ganglionnaires,

Elle crée ainsi pour la réparation des conditions plus favorables.

Faire, après décollement du cæco-côlon ascendant

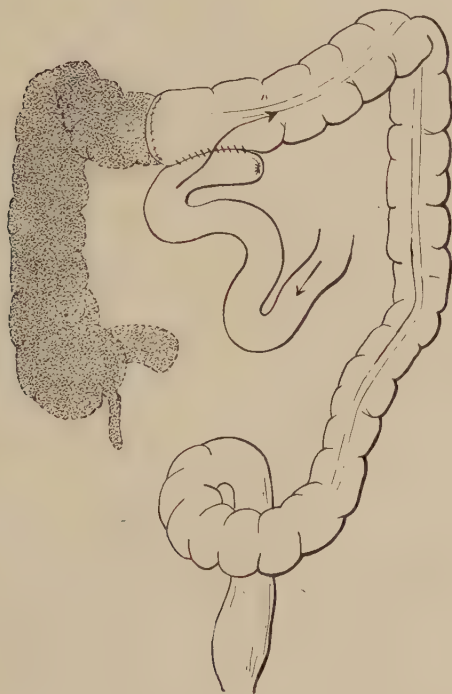


FIG. 2. — Hémicolectomie droite, réparation par iléo-transversorrhaphie latéro-latérale isopéristaltique.

une résection économique, c'est risquer d'obtenir pour la colo-colorrhaphie des points en partie dépéritonisés et presque toujours difficiles à amener au contact sans traction. Enfin, le côlon réparé va rester en place dans

le foyer du décollement, état fort défavorable à la **bonne** tenue des sutures.

On fait ce qu'on veut dans le grêle, pour le rétablissement de la continuité. La grande mobilité qu'il doit à son méso permet de l'amener sans la moindre traction au niveau du transverse et même du côlon gauche. Elle permet aussi une variété de technique qui consiste à faire d'abord une iléo-transversostomie, et ensuite la résection ; cela donne la possibilité si l'opéré paraît fatigué, de remettre à plus tard la colectomie comme dans la méthode en deux temps.

Telles sont les différentes raisons pour lesquelles dans les cancers droits la colectomie segmentaire économique a une mauvaise technique à laquelle on doit substituer l'iléo-colectomie droite avec réparation par iléo-transversorrhaphie.

Dans les cancers de la partie moyenne du transverse (fig. 3) de son segment gauche et de l'angle hépatique, la colectomie segmentaire économique trouvera principalement son emploi.

Mais il va sans dire que pour la réaliser avec quelque sécurité, il faut qu'après résection large de chaque côté du cancer les deux bouts se rapprochent aisément et que le bout proximal soit parfaitement apte aux sutures.

La longueur du transverse varie suivant les sujets. De plus même après déviation préliminaire externe prolongée, sur le cæcum ou sur l'ascendant, le transverse en amont du cancer reste souvent distendu et œdématisé, en un mot impropre à une colo-colorrhaphie,

même latéro-latérale. Force sera de remonter si haut pour trouver un segment sain, que le rapprochement des deux bouts ne se fera pas sans traction.

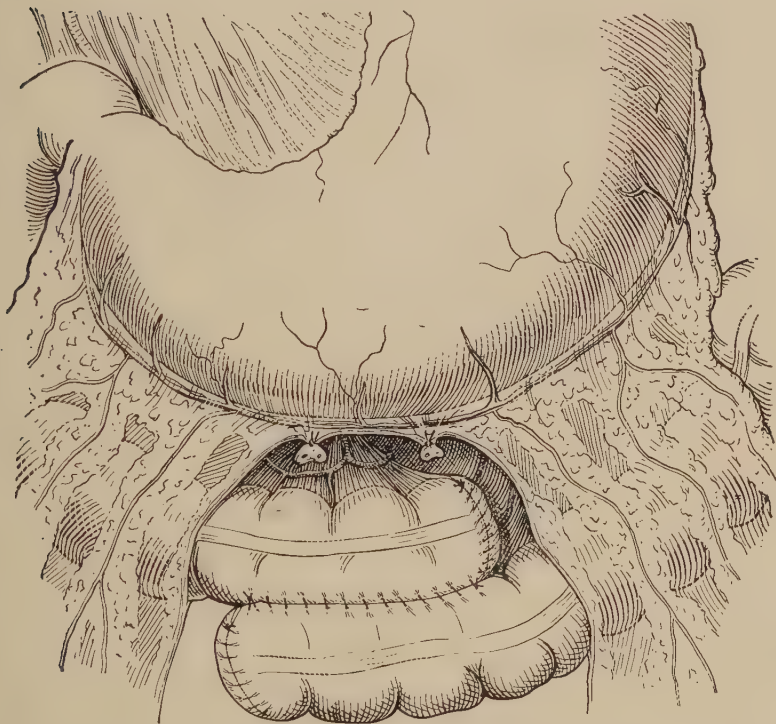


FIG. 3. — Résection segmentaire du transverse ; réparation par colo-colorraphie latéro-latérale.

Ainsi, dans la colectomie en un temps pour cancer du transverse médian ou gauche, il arrive qu'on soit pris entre l'obligation de couper loin, en amont de la

tumeur et la crainte de ne pouvoir réunir convenablement les deux bouts. Le moyen de se tirer d'embarras est de substituer à la colectomie segmentaire économique qui n'offre plus la sécurité voulue, une *iléo-cæco-colectomie*, colectomie subtotalé, qui permettra de réparer en abouchant l'iléon dans l'anse sigmoïde.

Des considérations de même ordre sont de mise pour les cancers de la branche supérieure et du sommet de l'anse sigmoïde. Nous rappelons que nous avons éliminé de notre étude ceux de la branche inférieure dont le traitement radical se rapproche de celui des cancers du haut rectum.

Le Pr P. Duval (1) a défendu jadis, dans sa thèse, la colectomie segmentaire économique, telle que Reybard l'avait pratiquée ; et il a proposé de faciliter l'exécution du bout à bout en décollant le descendant, au besoin jusqu'à l'angle splénique, comme on le fait pour le côlon droit. Mais cet expédient risque, là aussi, de fournir un bout supérieur dépéritonisé et d'exposer à la déchirure des sutures, dont la bonne exécution est déjà si délicate, au niveau du sigma, ainsi que nous l'avons vu au chapitre précédent.

Sans doute, chez des sujets exempts de toute surcharge graisseuse, ce qui est l'exception, on peut réussir sur le sigma des colo-colorrphies parfaitement étanches ; mais nous pensons que, dans l'immense majorité des cas, la colectomie segmentaire économique est une mauvaise technique pour le cancer sigmoïdien.

(1) P. DUVAL. — Traitement chirurgical du cancer du côlon pelvien, *Thèse de Paris*, 1902, p. 72.

Peut-être y aurait-il, ici encore, une façon de tourner la difficulté, si on voulait à tout prix tenter de faire bénéficier le malade de la rapidité de la cure en un temps. On pourrait par exemple, utiliser l'iléon pour la réparation, comme on le fait dans les cancers droits. Cela conduirait à augmenter au maximum l'étendue de la colectomie, qui deviendrait dans le cancer sigmoïdien, une colectomie subtotalé.

Sir Arbuthnot Lane qui a prouvé cette extension de la colectomie en l'appliquant même au cancer du cæcum, n'a guère eu que Pauchet comme imitateur.

Nous souscrivons entièrement aux objections que lui a faites M. Abadie, et nous répéterons après lui qu'on ne doit pas sacrifier tout le côlon sans nécessité absolue, parce que cette suppression totale n'est tout de même pas indifférente à la santé générale de l'opéré. Et puis, chez un cancéreux la colectomie totale est loin d'être aussi simple que chez un constipé chronique, où ses indications sont en réalité bien discutables, elle est beaucoup plus dangereuse que l'hémi-colectomie droite et la facilité qu'elle donnerait peut-être pour la réparation ne compenserait jamais sa gravité.

Il est vrai que, tout en utilisant l'iléon pour rétablir la continuité avec la branche inférieure du sigma, il y aurait un moyen de limiter, du moins provisoirement, l'étendue de la colectomie. Ce serait de faire une hémi-colectomie gauche en laissant en place le côlon droit, bien entendu en exclusion bilatérale ouverte à la peau. L'extirpation du segment abandonné serait remise à plus tard.

Un malade opéré suivant ce plan subirait deux opérations successives, et même quatre, si on avait dû lui faire un anus préliminaire, à refermer en dernière analyse. N'empêche que son cancer aurait été enlevé et le transit rétabli dans la même séance opératoire, conformément au principe de la méthode intrapéritonéale en un temps.

Mais ce malade aurait à courir les risques de deux grosses opérations intra-abdominales. Ne serait-il pas beaucoup plus sage de lui proposer une colectomie par extériorisation, qui ne demanderait pas plus de temps mais offrirait beaucoup moins de gravité ?

Qu'allons-nous conclure après ces considérations techniques, au point de vue de l'emploi de la méthode intrapéritonéale en un temps et du choix qu'il convient de faire entre ses différentes modalités d'exécution ?

D'une façon générale, il est raisonnable, croyons-nous, de dire que malgré tous les perfectionnements de la technique moderne, même après anus préliminaire, une colectomie en un temps est toujours une opération grave, chez des malades âgés et débilités comme ils le sont neuf fois sur dix lorsqu'ils arrivent au chirurgien. Faite systématiquement, elle donne une mort sur deux, même entre les mains les plus renommées.

Il lui faut des cas triés sur le volet : malade résistant ; ventre maigre et plat, ou redevenu tel après anus préliminaire ; tumeur mobile ou facilement mobilisable, sans infection péritonéale ; bout supérieur sain pour la suture ; méso et appendices épiploïques non surchargés de graisse.

Quand une de ces conditions favorables manque, la prudence commande de résister à la tentation qu'on a trop souvent d'opérer en un temps. Ainsi que M. Lapointe l'a écrit : « une colectomie intrapéritonéale en un temps doit être schématique ou ne pas être ».

Au niveau du cæcum les conditions favorables se trouvent assez souvent réunies et c'est pourquoi la colectomie en un temps est restée l'opération courante dans le cancer cæcal, sous la forme d'une iléo-cæco-colectomie droite avec iléo-transversorraphie, c'est-à-dire d'une hémicolectomie droite.

C'est aussi la technique de choix pour les tumeurs de l'angle droit et de la partie voisine du transverse.

Quant à la colectomie segmentaire économique, nous conseillons de la réserver aux cancers du transverse et de l'angle gauche, à la condition qu'on ait des bouts assez mobiles pour une colo-colorraphie sans traction.

Dans le cas contraire, si on ne croit pas devoir renoncer à opérer en un temps, on sera conduit à supprimer toute l'étendue du cadre colique, réparer par iléo-sigmoïdorrhaphie.

Une colectomie extrapéritonéale en deux temps serait préférable.

Un mot sur la question du **drainage**. Elle ne se pose, à notre avis, que pour la zone du décollement, après l'extirpation du côlon droit. Lecène (1) a insisté avec raison sur les dangers de la cellulite rétropéritonéale.

(1) LECÈNE. — Sur les résections du côlon droit (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurgie de Paris*, 1921, 4 mai, p. 592).

Le drainage du flanc droit, après une hémicolectomie droite, ne saurait troubler l'évolution de l'entérorraphie. Après avoir réparé, dans la mesure du possible, la zone dépéritonisée, en rapprochant les branches de suture du méso, on peut drainer l'espace rétropéritonéal par l'incision de laparotomie, ou bien, ce qui nous paraît préférable par une incision postérieure déclive et exclue du péritoine, au-dessus de la crête iliaque (drain, mèche entourée de cellophane). En cas de suintement sanguin, le Mikulicz pourra trouver son indication.

II. — Colectomie intrapéritonéale en deux temps

Le principe de cette méthode est d'exécuter en deux séances opératoires, espacées par un intervalle plus ou moins long, les deux actes de la colectomie, la résection et la réparation.

Ce qui en fait l'originalité c'est qu'elle intervertit, peut-on dire, l'ordre naturel de ces deux actes. La première opération consiste, en effet, à établir d'avance le nouveau transit en créant une dérivation, un court-circuit, entre un segment d'intestin sus-jacent à la tumeur et un segment sous-jacent.

On fait donc une *exclusion* et nous avons déjà indiqué comment ce perfectionnement de l'entéro-anastomose de Maisonneuve (fig. 4), pratiquée d'abord à un titre purement palliatif pour des cancers jugés inopérables, fut considérée dans la suite comme une opération préparatoire de la colectomie, destinée à la rendre plus facile et à en diminuer les risques.

Nous avons vu que dans la colectomie intrapéritonéale en un temps, on utilisait souvent l'iléon pour la réparation. Dans une exclusion colique, quel que soit le siège de la tumeur, c'est l'iléon qu'on prend toujours.

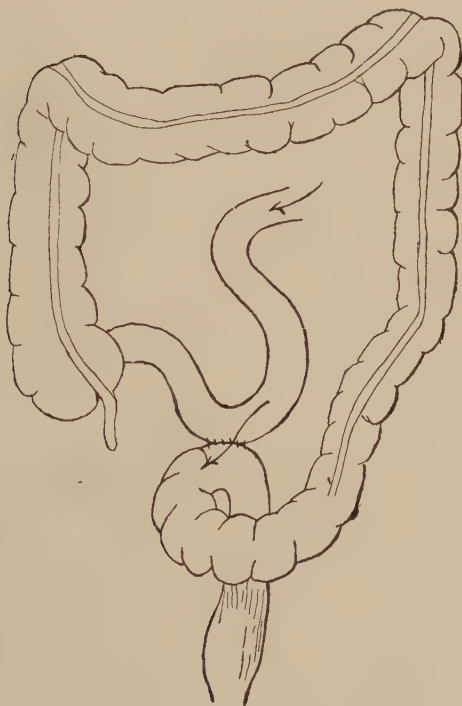


FIG. 4. — Entéro-anastomose

On n'a pas le choix, dans un cancer cæcal. Dans les autres cancers on prend encore l'iléon, parce qu'il se laisse porter avec la plus grande aisance au point choisi pour établir le nouveau courant,

Prendre le transverse pour exclure un cancer de l'angle splénique ou, *a fortiori*, de l'anse sigmoïde, c'est jouer la difficulté sans grand avantage.

Au point de vue commodité et sécurité opératoires, il y a deux variantes principales : on dérive le grêle dans le transverse pour les cancers du cæcum et de l'angle droit, dans l'anse sigmoïde pour tous les autres.

La technique comporte une section de l'iléon à quatre ou cinq travers de doigt au-dessus de sa terminaison et une anastomose iléo-colique. Pour la section, nous préférons avoir recours au procédé de l'écraseur de Mayo, tel que nous l'avons décrit au précédent chapitre.

Si on a deux écraseurs, on coupe entre les deux. Avec un seul on ferme d'abord le bout cæcal puis on applique l'écraseur sur le bout supérieur qu'on ferme à son tour. En procédant ainsi, l'iléocolorraphie se fait naturellement par *apposition latéro-latérale* isopéristaltique (fig. 5).

L'implantation terminolo-latérale a l'avantage d'être un peu plus rapide, mais nous la déconseillons, surtout pour l'iléosigmoïdostomie, car il peut se produire une angulation au niveau de l'implantation, par ptose de l'anse iléale implantée.

Dans tous les cas, on aura soin de fermer la brèche péritonéale entre le péritoine postérieur et l'iléon pour éviter des lésions vasculaires, la réparation des brèches péritonéales peut utilement se faire par ligature entre deux pinces plates sans se servir d'aiguille).

Ainsi conduite la première opération d'une colectomie intra péritonéale en deux temps est une exclusion

unilatérale : la portion de cadre colique exclue ne sert plus au passage des matières, qui vont être dérivées dans la portion sous-jacente à l'anastomose.

Elle peut se faire dans deux conditions différentes,



FIG. 5. — Exclusion unilatérale

tantôt chez un malade porteur d'un anus droit, installé antérieurement pour parer à des accidents d'occlusion ; tantôt chez un malade n'ayant pas d'anus préliminaire.

Dans cette seconde éventualité, faut-il, comme on l'a

proposé modifier l'opération type en y ajoutant une dérivation externe du segment exclu par abouchement à la peau du bout iléal, ou par fistulisation cæcale ou colique ? Certains opérateurs ont pensé qu'en agissant ainsi, ils obtiendraient une meilleure évacuation du segment exclu en même temps qu'une garantie contre les inconvénients du reflux, après exclusion unilatérale.

Nous avouons ne pas voir l'avantage de cette complication apportée à la technique de l'exclusion unilatérale. De deux choses l'une, ou bien le malade est en état de rétention et nous lui faisons simplement un anus préliminaire, sans nous préoccuper encore de la méthode que nous choisirons pour enlever ultérieurement la tumeur ; ou bien, il n'est pas en rétention : alors en ajoutant un anus à l'exclusion unilatérale, nous compliquons la situation du malade entre les deux temps de la colectomie et nous préparons pour le deuxième temps les difficultés inséparables de la présence d'un orifice de dérivation externe sur le ventre.

Quant aux reflux, l'argument n'est pas à retenir, entendu qu'entre les deux temps de la colectomie, l'intervalle n'est pas assez long pour qu'il entraîne des accidents.

Certains opérateurs ont adopté l'EXCLUSION BILATÉRALE (fig. 6) dont nous rappellerons la technique. A la section de l'iléon, en amont du segment à exclure avec le cancer, on ajoute une section en aval. Pour rétablir le transit, si on a le choix entre le bout à bout la termino-latérale ou la latéro-latérale qui, répétons-le, encore nous paraît préférable,

Le segment exclu doit être nécessairement ouvert à la peau. C'est une question depuis longtemps réglée. S'il y a déjà un orifice contre nature largement béant

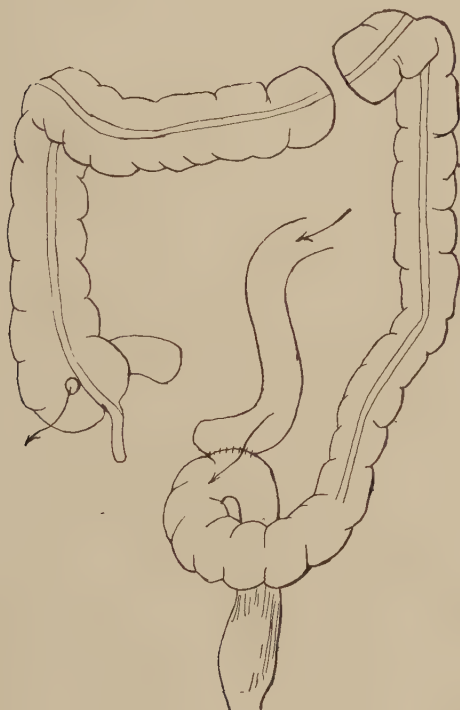


FIG. 6. — Exclusion bilatérale ouverte

on peut fermer les deux bouts, mais il sera prudent, par crainte de la déchirure, de les fixer dans l'incision pariétale.

S'il n'y a pas d'anus ou de fistule, on amènera à la

peau le bout supérieur, ou les deux bouts, suivant l'étendue du segment exclu.

Une observation de M. Lagoutte (1) (du Creusot) montre bien qu'une exclusion bilatérale peut offrir des risques, même quand le segment exclu est fistulisé à la peau. Il s'agissait d'une femme âgée opérée pour un cancer de l'angle hépatique. M. Lagoutte avait d'abord établi une dérivation externe par colostomie. Trois semaines plus tard, il fit le premier temps d'une colectomie intrapéritonéale en deux temps, par iléo-transversostomie. Il crut bon de pratiquer une exclusion bilatérale du cæco-colon ascendant et, confiant dans la fistule cæcale, il abandonna dans le ventre les deux bouts fermés du segment exclu.

Or, la suture du bout distal, sous-jacent au cancer ne tint pas et après des accidents graves qui faillirent tout compromettre, une fistule muqueuse se constitua dans l'incision de laparotomie.

M. Lagoutte aurait sans doute mieux fait de s'en tenir à l'exclusion unilatérale, mais puisqu'il avait choisi la bilatérale, la fixation à la partie supérieure de l'incision, du bout distal fermé ou non aurait évité tout incident.

LE DEUXIÈME TEMPS, L'EXTIRPATION DU SEGMENT CANCÉREUX, s'exécute après un délai qui varie suivant les cas. Trois semaines d'intervalle entre les deux temps c'est le minimum, s'il n'y a pas eu d'incident opératoire, et s'il n'existe aucune raison spéciale pour prolonger, au

(1) LAPOINTE. — Cancer du côlon ascendant, cure radicale en trois temps. Rapport de M. Lapointe (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1921, 27 avril, p. 565).

delà de ce temps, l'exclusion du segment cancéreux.

Nous n'insisterons pas sur la technique proprement dite de la résection. Disons seulement qu'elle ne sera jamais du type segmentaire économique. Le segment colique à enlever comprend toujours, en effet, avec un bout d'iléon, tout le côlon jusqu'à l'orifice de dérivation.

Deux modalités répondent en somme aux nécessités : *hémicolectomie droite*, en amont d'une iléo-transversostomie pour les cancers du cæcum, de l'ascendant, de l'angle hépatique et du transverse droit ; *colectomie subtotale*, pour ceux du transverse gauche, de l'angle splénique et du sigma, en amont d'une iléo-sigmoïdostomie sur la branche inférieure de l'anse.

Mais, ici encore, il sera permis d'hésiter en cas de cancer gauche, devant l'importance et la gravité d'une colectomie subtotalaire. Quant à restreindre l'étendue de la résection en laissant temporairement en place le côlon droit dûment ouvert à la peau, pour l'extirper plus tard, cet expédient n'est pas plus recommandable pour la colectomie en deux temps que pour celle en un temps. Et nous sommes ainsi conduit à répéter cette opinion déjà exprimée à propos de la colectomie en un temps : *la colectomie subtotalaire même en deux temps, après exclusion, ne nous paraît pas être la technique de choix pour les cancers du côlon gauche.*

C'est donc dans les cancers du côlon droit que la colectomie intrapéritonéale en deux temps, sous forme d'hémicolectomie droite secondaire à une iléo-transversostomie, pourra trouver sa meilleure utilisation.

Elle s'oppose ainsi à l'hémi-colectomie droite en un temps et il nous reste à déterminer dans quelles conditions elle devra lui être substituée.

La question est, à vrai dire, difficile à résoudre avec précision. D'abord les documents sont rares ; en outre, en pareille matière, le choix de l'opération dépend souvent des préférences individuelles. Certains opérateurs, par prudence peut-être, choisiront la méthode en deux temps pour des cas que d'autres, mieux entraînés et plus sûrs d'eux-mêmes, opéreront en un temps.

Si nous laissons de côté ce qui tient au tempérament de l'opérateur, il nous semble qu'on peut envisager les indications de l'hémi-colectomie droite, par la méthode intrapéritonéale en deux temps, dans deux conditions différentes qui sont liées, soit à l'état général du malade, soit à l'état local.

La colectomie intrapéritonéale en deux temps, procède en somme de la même idée que la gastrectomie en deux temps, et le premier temps de l'opération, l'iléo-transversostomie, est exactement l'homologue de la gastro-jéjunostomie. L'opération en deux temps trouvera donc, pour le cancer du côlon droit, les indications identiques à celles qu'on lui reconnaît pour un cancer du pylore.

Même avec une tumeur mobile qui « viendrait bien », il peut y avoir avantage, chez un malade âgé, en état de dénutrition ou d'intoxication, à s'en tenir d'abord à une exclusion unilatérale et à remettre à plus tard le temps principal de l'intervention.

C'est ce qu'a prouvé M. Lagoutte, dans le cas que nous

avons cité. Notre maître M. Lapointe a défendu cette méthode qu'on peut pratiquer « en dehors de toute indication de nécessité créée par l'inflammation périnéoplasique, simplement dans le but de diminuer en la dédoublant la gravité de la colectomie idéale ».

M. Okinczyc, dans son rapport, a envisagé aussi cette indication de l'intrapéritonéale en deux temps :

« Sérifier les actes opératoires, en ménageant le malade ».

Le seul inconvénient de la méthode, qui existe d'ailleurs pour le cancer de l'estomac, c'est que le malade, améliorée par la dérivation, refuse le temps principal de l'intervention. Cet obstacle éventuel à l'achèvement du plan opératoire, ne se présente pas après la colectomie par extériorisation.

Cette indication spéciale de la colectomie intrapéritonéale en deux temps dans les cancers droits, non compliqués, chez des malades fatigués qu'on hésite à opérer en un temps, doit être retenue. Elle n'a pas été prise en considération jusqu'alors comme elle méritait de l'être. Les observations qui s'y rapportent sont bien rares, et nous n'en connaissons guère, en dehors de celle de M. Lagoutte.

Trois de nos observations inédites rentrent dans ce groupe. Et nous verrons que le temps capital de l'intervention ; la résection, n'a pu être exécutée.

L'exclusion préliminaire à la résection a été plus souvent pratiquée à titre purement palliatif, nous l'avons vu, dans des cas considérés comme inopérables, elle a eu parfois cet heureux effet de rendre secondairement

opérables des malades qui primitivement ne l'étaient pas, grâce à la « mise au repos » de la tumeur. De là est née cette conception de l'exclusion préparatoire d'une colectomie différée.

A vrai dire, il s'agit plutôt d'une indication d'exclusion que de colectomie intrapéritonéale en deux temps, car dans les cancers compliqués d'inflammation péri-néoplasiques, on ne peut guère prévoir si l'opération radicale deviendra jamais possible.

L'infection périnéoplasique prend deux aspects cliniques différents. Tantôt l'évolution aiguë ou subaiguë du processus aboutit plus ou moins vite à la formation d'abcès du péritoine ou du tissu cellulaire sous-péritonéal, s'accompagnant d'infection générale avec fièvre, conséquence habituelle d'une perforation du cancer. Tantôt et plus souvent, il s'agit d'inflammation chronique, s'accusant par la fixité et la sensibilité de la tumeur, par l'importance qui fait « plastron » et l'imprécision de ses contours.

Entre ces deux gravités de faits, une détermination s'impose au point de vue des indications de l'exclusion.

En cas d'abcès nettement constitué, l'exclusion est bien peu tentante.

Finsterer (1) l'a pourtant défendue dans de telles conditions. Après avoir isolé le segment cancéreux par exclusion bilatérale avec fixation des deux bouts à la peau, il a terminé par l'incision des abcès.

Si Finsterer a pu guérir ainsi trois malades par la

(1) FINSTERER. — Die Stellung der totalen Darmausschaltung in moderne Darmchirurgie *D. Zeitsch f. Chir.*, t. CCXIX, p. 41, 1929.

colectomie secondaire à l'exclusion bilatérale, il a eu beaucoup de chance.

MM. Charier et Leibovici (1) ont fait de ce mode opératoire une critique fort judicieuse et leur conseil est sage : on traitera les abcès sans s'occuper du cancer et on attendra le temps qu'il faudra pour tenter « à froid » la colectomie. Alors, mais seulement, l'exclusion préliminaire à la résection pourra trouver son indication.

Par contre on fera l'exclusion d'emblée dans les cas d'inflammation chronique sans abcès. Ici l'indication nous paraît formelle et le seul point qui prête à discussion concerne le meilleur mode d'exclusion : unilatérale ou bilatérale ouverte.

Théoriquement, l'exclusion bilatérale ouverte, celle qu'on pratique en fixant à la peau un bout ou les deux bouts, assure beaucoup mieux la « mise au repos » du cancer ; elle permet de faire des lavages désinfectants dans le segment exclu, et peut ainsi raccourcir l'intervalle entre les deux temps opératoires. Mais elle a, par contre, des inconvénients que n'a pas l'exclusion unilatérale : elle inflige au malade l'ennui d'une fistule ou de deux fistules muqueuses qu'il gardera jusqu'à la mort, si son cancer ne devient pas extirpable ; et s'il le devient, les fistules compliqueront l'extirpation du segment exclu.

Nous croyons que *l'exclusion unilatérale agit d'une façon suffisante* et que, pour les cancers compliqués de péricolite chronique c'est elle qu'il faut pratiquer,

(1) CHARIER et LEIBOVICI. — De l'écérèse de cancers du côlon compliqués de gros abcès périnéoplasiques (*J. de Chir*, t. XXXVII, p. 1, 1931).

comme chez les malades fatigués dont le cancer est resté mobile. Cette conclusion est d'ailleurs conforme à la pratique suivie généralement jusqu'alors. Dans les observations, à la vérité fort peu nombreuses, de colectomie intrapéritonéale en deux temps c'est presque toujours l'exclusion unilatérale qui a été pratiquée.

La colectomie intrapéritonéale en deux temps pourra rendre de grands services et elle est capable d'élargir le champ de la colectomie. Si elle n'a pas eu jusqu'alors la place qu'elle mérite dans le traitement des cancers du côlon, cela tient probablement à ce fait qu'elle oblige à deux opérations intra-abdominales; qu'elle expose deux fois le malade aux aléas d'une entérorraphie colique, exécutée et abandonnée en péritoine libre, enfin et surtout que l'espoir qu'on avait en elle permettant l'extirpation secondaire, ne s'est pas toujours réalisé.

Nous voyons néanmoins qu'elle constitue une ressource précieuse pour les cas que nous venons d'envisager et qu'à l'avenir on l'emploiera davantage.

LA COLECTOMIE EXTRAPÉRITONÉALE EN DEUX TEMPS OU EXTÉRIORISATION

Technique et indications

C'est pour éviter d'exécuter en péritoine libre la section de l'intestin, temps dit septique de toute entérectomie, et pour éliminer le risque de la déhiscence des sutures, danger commun à toute entérectomie intrapéritonéale, mais bien plus à craindre pour le côlon que pour le grêle, qu'a été imaginée la *colectomie par extériorisation*.

Le premier temps consiste en deux actes :

1° Amener largement hors du ventre, après l'avoir mobilisé s'il y a lieu, l'anse qui porte le cancer et la fixer à la paroi, soigneusement refermée autour du pied de l'anse extériorisée ;

2° Réséquer l'anse extériorisée avec son méso-ganglionnaire.

La mobilisation de la tumeur et du segment colique qui la porte est donc la seule manœuvre qui s'exécute dans l'intérieur du péritoine.

La résection se fait hors du ventre : c'est là ce qui caractérise essentiellement la méthode.

La résection étant faite, il reste un anus contre nature qu'on fermera ultérieurement.

Nous n'insisterons pas sur le choix de l'incision pariétale. La bonne incision est celle qui donne l'accès le plus direct sur la tumeur et le pédicule de l'anse à mobiliser. L'incision médiane ne convient qu'au cancer du transverse moyen.

Nous ne reviendrons pas non plus sur les précautions à prendre en cas d'anus préliminaire.

Les promoteurs de la méthode, Bloch, Reclus, recommandaient tout simplement de sortir la tumeur et ne se préoccupaient pas des ganglions. C'est un grand mérite de Mikulicz d'avoir modernisé la technique en ajoutant à l'extirpation du cancer, celle de ses ganglions.

Quand le méso est long et mobile, comme il arrive au transverse et à l'anse sigmoïde, rien n'est plus simple que d'amener au dehors un segment de 20 à 25 centimètres de côlon portant en son milieu la tumeur.

Dans les segments accolés, pour un sigmoïde à anse courte, le classique décollement colo-pariétal est évidemment nécessaire.

Mais, quelle que soit la mobilité de l'anse à réséquer, la manœuvre de Mikulicz est toujours nécessaire. Il faut sectionner le méso triangulairement et le détacher de ses insertions profondes pour l'extérioriser en bloc avec le segment qui sera supprimé. Le seul écueil à éviter dans cette libération du méso, c'est de ne pas la faire trop large et de ne pas détruire trop loin l'arcade juxta-intestinale, sinon on risque de voir la gangrène des deux

bouts s'étendre à la partie qui traverse la paroi et même jusque dans le ventre. Il faut *que les deux bouts ne soient pas ischémiés et qu'ils sortent sans traction*. Les phlegmons de la paroi, les péritonites aseptiques avec ou sans rétraction des deux bouts, conséquence de la nécrose par ischémie, constituent le point noir de la méthode.

Mais l'extériorisation bien faite est à l'abri des accidents de cet ordre.

L'anse qui porte le cancer est donc hors du ventre avec son méso libéré et les ganglions.

La suite de l'opération comporte certaines variantes qui ne sont pas toujours des simplifications.

C'est ainsi que le Pr Quenu a imaginé pour le cancer sigmoïde, une manœuvre spéciale décrite par Cruet (1) dans sa thèse. Afin d'isoler du reste du ventre le foyer de libération colique, on taille sur chaque face du méso un lambeau péritonéal. Le lambeau droit est suturé au péritoine pariétal de la lèvre droite de l'incision de laparotomie et le lambeau gauche au péritoine de la lèvre gauche. Est-ce bien utile ?

Le Pr Hartmann, dans le but de rétablir immédiatement le transit, a anastomosé entre elles les deux branches de l'anse extériorisée, dans la partie de l'anse qui doit rester dans la brèche.

Ces manœuvres complémentaires enlèvent à l'extériorisation sa rapidité et sa facilité d'exécution, qui sont précisément les qualités de la méthode. Celle de M. Hart-

(1) CRUET. — *Thèse de Paris*, 1914.

mann lui enlève en outre son caractère fondamental, qui est de ne pas ouvrir l'intestin dans l'intérieur du ventre et elle l'aggrave singulièrement.

Néanmoins un détail de technique recommandable consiste à fixer l'une à l'autre les deux branches de l'anse, afin d'obtenir un anus en *canon de fusil* régulièrement constitué avec un large éperon.

On peut faire, comme M. Schwartz (1), deux surjets parallèles, longs de 6 à 8 centimètres unissant les deux branches dans leur partie intrapéritonéale jusqu'au niveau de la future résection. Faut-il, comme il le fait, pour empêcher la rétraction, fixer l'anse par quelques points au-dessus d'une baguette de verre placée entre les deux branches sur la paroi ? M. Lapointe se contente de suturer le pourtour des deux branches par un surjet, d'abord au péritoine pariétal, puis au plan musculo-aponévrotique. C'est le méso qui est l'agent principal de la rétraction. Quand il a été sectionné, comme il doit l'être, la rétraction n'est plus à craindre, surtout si on n'enlève pas trop tôt la pièce.

Sous peine de perdre son principal avantage l'extériorisation doit rester une opération simple.

A quel moment doit-on réséquer l'anse extériorisée avec le cancer et le méso ?

On a fait des résections immédiates, avec introduction d'un tube de Paul dans le bout afférent. Nous rejetons résolument cette pratique dont l'idée n'a pu venir qu'à ceux qui opéraient des malades en occlusion plus ou

(1) SCHARTZ et HARTGLAS. — *Journal de Chirurgie*, 1924.

moins complète. Or, une colectomie, même par extériorisation est formellement contre-indiquée dans ces conditions, ainsi que nous l'avons dit dans un précédent chapitre.

Il faut attendre sept à huit jours avant de réséquer, jusqu'à ce que les adhérences soient solides. Le maintien de l'anse avec la tumeur sur le ventre est une garantie de plus contre la rétraction des bouts. Si le malade a un anus préliminaire, il n'éprouve aucune gêne. Dans le cas contraire, on pourra au bout de 48 heures ponctionner la branche afférente au thermo. Du reste, l'extériorisation n'empêche pas toujours les gaz de passer.

La suppuration de l'anse extériorisée est, quoiqu'on en ait dit, un acte de petite chirurgie à peine plus important qu'un pansement. On peut la faire au lit du malade, au thermo-cautère et l'anesthésie n'est pas indispensable. *L'hémostase* est faite soigneusement.

Dans la colectomie par extériorisation, le premier temps ainsi partagé en deux actes que sépare un intervalle de quelques jours, se termine donc par un anus contre nature, anus total avec éperon installé à titre temporaire.

Le second temps opératoire est la fermeture de l'anus. Pendant longtemps, on s'est efforcé de respecter, dans l'exécution de ce deuxième temps, le principe de la méthode extrapéritonéale.

La technique courante, celle que Mikulicz avait adoptée dans ses colectomies par extériorisation, consistait à détruire d'abord l'éperon par forcipressure, à

la façon de Dupuytren, puis à suturer ultérieurement l'orifice plus ou moins rétréci après la chute de la pince entérotomie en prenant des précautions minutieuses pour ne pas ouvrir la cavité péritonéale.

Nous ne reprendrons pas la description de tous les procédés imaginés depuis Velpeau et Malgaigne jusqu'à notre époque pour réussir la fermeture de l'anus après la chute de l'entérotomie. Leur grand nombre est la preuve de leur incertitude. Ils sont d'exécution difficile et nécessitent souvent des interventions itératives, ainsi qu'on peut le voir dans les observations les plus anciennes de notre série.

Dans ces dernières années, le Pr P. Duval et M. Lapointe (1) ont insisté chacun de leur côté sur la supériorité de l'innocuité de la libération complète de l'anus, suivie de suture à péritoine largement ouvert et de résection libre de l'intestin réparé.

Sans doute, en opérant ainsi, on renonce, pour le deuxième temps de la colectomie, au caractère extrapéritonéal du premier. Mais n'est-il pas arrivé souvent à ceux qui ont utilisé les procédés dits extrapéritonéaux d'ouvrir par mégarde le péritoine ? Il n'est pas paradoxal de soutenir avec M. Lapointe qu'il est moins dangereux d'ouvrir largement et méthodiquement le péritoine, en prenant certaines précautions que nous allons indiquer, que de faire au péritoine, près d'un anus resté béant, un ou plusieurs trous qu'on refermera plus ou moins bien ?

(1) LAPOINTE, — *Bull. Mém. de la Soc. Chirurgie*, 1928.

Représentons-nous d'autre part, qu'au moment de la fermeture de l'anus, le bout afférent a repris ses caractères normaux ; la distension, l'épaississement œdémateux ont disparu ; on peut suturer dans de bonnes conditions, sans redouter la déhiscence des sutures.

Du reste, les faits sont là pour établir l'innocuité et la sécurité de la fermeture intrapéritonéale.

M. Lapointe l'a pratiquée onze fois, sans aucun échec, et le Pr Duval annonçait, il y a deux ans, vingt-quatre succès pour des anus coliques après extériorisation, sur vingt-quatre interventions.

La question nous paraît donc jugée. Un seul point reste en discussion. Faut-il rejeter, comme M. Duval, la destruction de l'éperon par l'entérotome de Dupuytren, avant de procéder à la fermeture ?

On continue à reprocher à l'entérome d'être un instrument aveugle qui risque de pincer une anse interposée aux deux branches de l'anus. L'accident s'est peut-être produit jadis pour anus spontané que créait trop souvent la gangrène herniaire. Mais dans les anus établis par le chirurgien à l'occasion d'une extériorisation, avec long adossement des deux bouts la crainte de pincer autre chose que l'éperon paraît vraiment chimérique.

La destruction de l'éperon a des avantages, on peut poser l'entérotome dès les deux premiers jours qui suivent la résection. M. Lapointe l'a même posé à deux opérés, aussitôt après l'ablation de la pièce.

La pince serrée progressivement chaque jour, tombe en moyenne au bout de huit jours. Sa chute est suivie

sans tarder du retour, au moins partiel, du transit normal, tandis que se réduit peu à peu le débit de l'anus contre nature.

Ainsi, la période pendant laquelle l'intestin s'évacue complètement sur le ventre est raccourcie, l'atrophie du bout inférieur par inaction est prévenue, en même temps que s'accélère la cicatrisation du sillon muco-cutané et disparaît l'irritation du pourtour de l'anus. Le moment de la fermeture se trouve donc rapproché ; on peut la faire deux mois en moyenne après la résection.

Enfin, la suppression de l'éperon facilite la fermeture de la brèche. La large communication entre les deux bouts permet en effet de prendre autant d'étoffe qu'on veut pour suturer largement, sans crainte de réduire le calibre.

Telles sont les raisons pour lesquelles M. Lapointe est resté fidèle à l'application du vieil instrument de Dupuytren, avant d'entreprendre la libération et la suture de l'intestin, dont nous allons indiquer brièvement la technique.

Technique proprement dite

Une compresse formant bouchon est tassée dans l'infundibulum. puis la paroi est préparée comme à l'ordinaire. Deux longues incisions en ellipse circonscrivent l'anus, puis les bords du segment de peau qu'elles limitent sont disséqués et suturés l'un à l'autre par dessus l'orifice. Ceci fait, on change de gants et d'instruments.

Mais on incise prudemment la paroi, plan par plan d'un côté de l'anüs y compris le péritoine. La brèche péritonéale étant amorcée on la complète, sur toute la longueur de l'incision cutanée, sous le contrôle de l'œil et des doigts. On sépare, le cas échéant, l'épiploon et les anses grêles accolées ; puis, on saisit avec une pince de Museux le bord du segment de paroi auquel est fixé l'anüs, pour le renverser vers soi. Sous le contrôle de la vue, l'index contourne les deux branches de l'anse, pour préparer la voie aux ciseaux qui vont compléter la section, sur le doigt laissé en place, et détacher complètement le segment elliptique de paroi au centre duquel l'anüs reste attaché. Tout vient hors du ventre ; on place un clamp sur les deux branches de l'anse et on coupe au ras du bloc pariétal. Les bords de la brèche colique ainsi créée doivent être soigneusement préparés. Il faut supprimer tout le tissu cicatriciel ainsi que les appendices épiploïques pour faire une bonne entérorraphie, dont on peut multiplier les plans, puisqu'un rétrécissement n'est pas à craindre.

Le ventre est refermé, comme pour la cure d'une éventration. Une bonne précaution consiste à ne pas fermer la peau. On passe les crins qu'on serrera 48 h. plus tard, si la plaie a bon aspect.

Si le malade est porteur d'une fistule ou d'un anus préliminaire, c'est par la même technique qu'on l'en débarrassera dans une séance ultérieure, plutôt que dans la même séance.

Indication

Essayons maintenant de préciser dans quelles conditions l'extériorisation doit être pratiquée.

La grande autorité de Mikulicz lui valut une telle vogue qu'elle fut bien près de supplanter toutes les autres méthodes, et on l'employa pour tous les cancers, quels qu'en soient le siège et la forme.

Une réaction s'est faite, et on s'est rendu compte que l'extériorisation ne supprimait, ni toutes les difficultés, ni tous les risques ; qu'elle avait des indications et par suite des contre-indications auxquelles il fallait obéir sous peine de lui faire perdre sa bénignité relative.

Car, c'est là son avantage principal, disons-même, son seul avantage. L'extériorisation n'est pas une opération brillante. Même quand on peut la faire d'emblée, sans anus préliminaire, elle nécessite, sans parler de l'ablation de la pièce et de l'application de la pince entérotome, deux grandes opérations séparées par un intervalle durant lequel le malade est affligé d'un anus contre nature. Quand tout s'est passé pour le mieux, deux mois ont été nécessaires pour achever la cure.

De toutes les méthodes de colectomie, l'extériorisation est la plus pénible pour l'opéré comme pour l'opérateur.

On conçoit donc que l'engouement de ses débuts se soit peu à peu calmé et qu'elle ne soit plus considérée, à l'heure actuelle, que comme un pis aller auquel on n'a recours que lorsqu'il y a de sérieuses raisons de ne pas opérer d'une autre façon.

Voyons d'abord les contre-indications. C'est parce qu'on

a cru qu'avec l'extériorisation on pouvait tout se permettre, que son apparition dans la chirurgie du cancer colique semble encore à certains auteurs comme M. Okinczyk, en avoir à peine atténué la gravité.

On a fait des extériorisations d'emblée chez des malades en état de rétention plus ou moins complète. C'est là une erreur que nous avons déjà signalée et nous n'insisterons pas à nouveau sur la nécessité d'assurer la vidange de l'intestin rétentionniste par un anus préliminaire, même quand on a décidé d'opérer par extériorisation.

Quelques chirurgiens n'ont pas craint d'extérioriser d'emblée et de propos délibéré des cancers compliqués de suppuration périnéoplasique. Dans leur mémoire déjà citée, MM. Charrier et Leibovici rapportent quatre cas de ce genre, dont un opéré par M. Leibovici. Mais pour celui-ci, l'extériorisation ne fut pas faite de propos délibéré. Le ventre ouvert, l'opérateur reconnut qu'au lieu de pyosalpinx qu'il pensait trouver, il y avait un gros foyer suppuré autour d'un cancer sigmoïde. L'extériorisation lui apparut comme le moyen le moins dangereux de se tirer d'affaire et si le malade guérit ce fut contre tout espoir. Sur les trois autres cas, extériorisés de propos délibéré, il y eut deux morts.

Dans les cas de ce genre, l'extériorisation d'emblée est à rejeter aussi bien que l'exclusion. Ouvrir et drainer le foyer suppuré, telle est la seule pratique raisonnable. Si on entrevoit la possibilité d'une extériorisation ultérieure, on la préparera par une dérivation externe à distance. C'est alors un anus total avec éperon que,

par exception, il faudra faire, au lieu d'une simple fistule, car le but ne sera pas seulement de faire cesser une rétraction plus ou moins marquée, mais bien de « mettre au repos » par la dérivation complète un cancer infecté.

Quand le cancer est fixé par une gangue d'inflammation chronique sans abcès constitué, l'extériorisation n'est pas non plus une bonne technique. L'expérience a montré combien la mobilisation des tumeurs adhérentes aggravait le pronostic des colectomies, quelle que soit la méthode employée. Si l'extériorisation élimine le risque d'une mauvaise entérorraphie elle n'est pas à l'abri de la péritonite et de la cellulite par libération des adhérences inflammatoires.

Si l'on veut conserver à la méthode sa bénignité, il faut donc la réserver aussi bien que la colectomie en un temps aux malades dont le ventre est plat et aux cancers exempts de toute infection péritonéale.

Alors, pour quelle raison, dans ces conditions favorables choisir l'extériorisation de préférence à la colectomie en un temps.

C'est du siège de la tumeur que dépend avant tout la décision. Nous avons eu plus d'une fois l'occasion de dire qu'en décomposant en deux temps une opération de colectomie on diminuait sûrement les risques. Ce truisme est tout spécialement de mise pour la colectomie par extériorisation. Quand elle est faite pour un bon cas, par exemple à l'anse sigmoïde, le premier temps y compris la section du méso, est une opération rapide, dont le risque est vraiment minime. On peut en dire

autant d'une exclusion, opération beaucoup plus longue et qui comporte en outre, comme la colectomie en un temps, l'abandon en péritoine libre de sutures intestinales. L'extériorisation élimine ce gros danger de mauvaises sutures.

On peut objecter, il est vrai, qu'il va reparaitre au second temps de l'intervention, au moment de la fermeture de l'anus. M. Okinczyc a pu relever dans les documents à l'Hôtel-Dieu, deux morts sur dix fermetures après extériorisation.

Nous rappellerons les séries blanches du Pr P. Duval et de notre maître M. Lapointe, ne montrent-elles pas qu'il est permis de négliger le danger de la fermeture et de soutenir que tout malade qui a subi avec succès le premier temps ne court pour ainsi dire plus aucun risque opératoire ?

Après l'extériorisation on n'a donc pas à craindre les conséquences d'une colo-colorraphie déhiscence. Or, nous savons qu'au côlon gauche, les conditions requises pour une bonne colorraphie manquent le plus souvent, et telle est précisément la raison pour laquelle l'extériorisation, malgré ses incontestables défauts, est devenue l'opération constante pour le cancer de l'anse sigmoïde, la localisation la plus fréquente du cancer du côlon.

D'abord avec l'opinion générale, nous considérons qu'à ce niveau elle offre en regard de la colectomie en un temps un tel supplément de sécurité que c'est là qu'elle trouve sa meilleure indication.

Pour les autres localisations la question est plus difficile à trancher.

On a fait des extériorisations pour cancer du côlon droit. Si la tendance actuelle est nettement en faveur de l'hémicolectomie droite en un temps, c'est que l'expérience a montré que cette modification de la colectomie segmentaire, pour les cancers du cæcum, de l'angle droit et de la partie voisine du transverse, offrait une gravité beaucoup moindre que celle de l'opération de Reybard pour le cancer sigmoïde. Il est certain que pour un cancer droit, entre une extériorisation et une hémicolectomie, la différence de risque est bien moins importante qu'entre une extériorisation et une colectomie segmentaire idéale pour un cancer sigmoïde.

Quand on veut extérioriser un cancer du cæcum, c'est l'anse iléo-cæco-colique qu'il faut amener au dehors après décollement pariétal du méso-iléo-colique assez poussé pour que l'iléon et le transverse puissent s'adosser en canon de fusil. La manœuvre est plus délicate et plus longue que pour l'anse sigmoïde flottante, et l'extériorisation perd ainsi au côlon droit un de ses avantages, qui est la facilité et la rapidité de son exécution.

L'argument des mauvaises sutures a beaucoup moins d'importance pour une hémicolectomie droite que pour une colectomie segmentaire gauche, car c'est avec l'iléon qu'on rétablit la continuité intestinale et l'iléo-transversostomie, surtout du type latéro-latéral, est à l'abri de la déhiscence, bien plus sûrement qu'une colo-coloraphie gauche.

Notons encore qu'après résection extrapéritonéale de l'anse iléo-colique extériorisée, l'évacuation se fait par

un anus iléal dont nous n'avons pas besoin de rappeler les inconvénients.

Ces différents motifs expliquent pourquoi l'extériorisation ne devait pas s'imposer pour les cancers du côlon droit comme elle est imposée pour ceux de l'anse sigmoïde.

Restent la partie gauche du transverse et l'anse splénique.

Ici, quatre plans opératoires sont possibles. Deux ressortirent de la colectomie en un temps : colectomie segmentaire avec colo-colorraphie ou colectomie subtotale avec iléo-sigmoïdorrhaphie ; le troisième, c'est l'intrapéritonéale en deux temps, qui comporte lui aussi une colectomie subtotale, après iléo-sigmoïdostomie ; le quatrième, c'est l'extériorisation.

Quelle part revient à l'extériorisation ?

Si nous laissons de côté les deux modes de colectomie subtotale, dont nous ne sommes pas partisan, c'est à la colectomie segmentaire économique avec colo-colorraphie qu'il convient d'opposer l'extériorisation.

M. Okinczyc a insisté sur les difficultés de l'extériorisation pour les tumeurs du transverse qu'il appelle le côlon moyen. Elle est loin d'être aussi simple qu'à l'anse sigmoïde, on est gêné par l'épiploon qu'il faut extérioriser avec le transverse, à moins qu'on ne le supprime ; on doit ensuite sectionner l'épiploon gastrocologique ; puis libérer le méso-transverse avec ses relais ganglionnaires. Ici encore l'extériorisation perd, c'est certain, une partie de ses avantages.

Sans les rejeter, comme l'a fait M. Okinczyc, nous

pensons qu'on peut l'utiliser, de préférence aux colectomies subtotaies, quand on prévoit qu'après une colectomie segmentaire, on aura quelque difficulté pour rapprocher les bouts sans traction et faire une bonne coloraphie. L'extériorisation n'est donc vraiment ici qu'un pis-aller et la colectomie segmentaire reste l'opération de choix.

En résumé, l'extériorisation n'est jamais indiquée dans les cancers du côlon droit ; elle l'est parfois dans les cancers du transverse et de l'angle gauche quand ils se prêtent mal à la colectomie segmentaire en un temps ; elle l'est toujours dans les cancers de l'anse sigmoïde.

ETUDE CRITIQUE ET COMPARATIVE DE 33 OPÉRATIONS

(Statistique de M. Lapointe)

On trouvera annexé à ce travail le compte rendu opératoire de 33 opérations du service de M. Lapointe à l'hôpital Saint-Antoine ou de sa pratique privée qui ont été exécutées au cours des dix dernières années (1921-1931).

Notre maître a bien voulu nous charger d'exposer les enseignements qui se dégagent de ces documents encore inédits.

Nous nous attacherons principalement à préciser la gravité relative des différentes méthodes conformément à la classification que nous avons adoptée.

La tâche sera aisée pour nos 33 observations.

Nous avons pensé que nous ne devions pas nous borner à exposer les résultats d'un seul centre chirurgical et qu'il convenait de les rapprocher de ceux qui ont été obtenus par d'autres opérateurs, afin de baser nos conclusions sur un nombre important d'opérations.

Il est malheureusement difficile de préciser d'après des observations trop souvent succinctes qui ont servi

à établir la plupart des statistiques connues, non seulement la technique exacte des opérations, mais aussi l'état des opérés avant l'opération. Un renseignement fait souvent défaut : Y avait-il ou non occlusion ? Était-elle incomplète ou complète ? Beaucoup d'observations sont muettes sur ce point, pourtant capital, pour les suites immédiates d'une colectomie.

Nous pourrions cependant utiliser, en les adaptant à notre classification, les documents publiés par d'autres opérateurs.

Nous avons dans notre statistique la répartition segmentaire suivante :

Cæcum	6 cas
Ascendant	1 cas
Angle droit.	2 cas
Transverse	5 cas
Angle gauche	1 cas
Sigmoïde	18 cas
	33 cas

C'est le cancer de l'anse sigmoïde qui prédomine, comme dans toutes les statistiques.

Au point de vue de la technique opératoire, les 32 interventions, groupées suivant la classification que nous avons adoptée, se répartissent ainsi :

Colectomie intra-péritonéale en 1 temps . . .	9 cas
Exclusion unilatérale	3 cas
Colectomie extra-péritonéale en 2 temps ou extériorisation	21 cas
	33 cas

1° Mortalité opératoire

Douze opérés sont morts à la suite de l'opération, ce qui donne une mortalité de 36,6 % ; considérés en bloc ces résultats sont à peu près équivalents à ceux des meilleures statistiques de notre époque. Rappelons que celle de la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu à Paris établie par M. Okinczyc (1) en 1922, donnait une mortalité opératoire de 39,7 %.

Mais un pourcentage de ce genre n'offre guère d'intérêt comme accumulant au hasard des circonstances des faits disparates.

Ce qu'il importe c'est d'établir la gravité relative de chaque méthode opératoire. Encore faut-il remarquer que l'idée qu'on peut s'en faire d'après le chiffre « brut » de la mortalité ne serait rigoureusement conforme à la réalité qu'à la condition que le plan opératoire qui convient à chaque cas particulier ait été judicieusement choisi.

Or la chirurgie du cancer colique a procédé, peut-on dire, par tâtonnements, avant d'arriver à la précision dans le choix de la technique qui a atténué l'effroyable gravité de la colectomie à ses débuts.

Dans la critique de nos cas, c'est l'opinion de notre maître que nous exprimerons. La critique de la technique adoptée est due à lui-même.

(1) OKINCZYC. — Congrès français de Chirurgie (*Tech. et résultats de colectomie pour cancer*).

1^{re} Colectomie intrapéritonéale en 2 temps.

Sur 9 cas (obs. 1-9), 3 morts : 33,3 % de mortalité.

Dans 4 cancers droits, les malades ont été opérés d'emblée, c'est-à-dire sans anus préliminaire, par hémicolectomie droite, avec iléo-transversostomie latéro-latérale dans 3 cas, termino-latérale dans 1 cas.

Sur ces 4 cas, 2 malades opérés pour cancer de l'ascendant (obs. 3) et de l'angle droit (obs. 4) ont guéri.

Les deux autres (2 cancers de cæcum) sont morts : 50 % de mortalité. L'un d'eux (obs. 1) était un homme de 45 ans, très amaigri, anesthésié au chloroforme, qui mourut d'infection péritonéale trois jours après l'opération. On s'était proposé de faire d'abord une exclusion unilatérale et de différer l'hémicolectomie (intra-péritonéale en 2 temps). Mais l'iléo-transversostomie avait été rapide, la tumeur étant mobile, et dans le désir d'éviter au malade la deuxième intervention, on renonça à opérer les deux actes et on fit la colectomie d'emblée, sans drainage. L'iléon était notablement distendu. Il eut été prudent d'opérer le malade en deux temps (Confirmation de la nécessité de ne jamais extirper un intestin en état d'occlusion même partielle.

L'autre décès (obs. 2) est survenu chez un alcoolique obèse de 62 ans, en sub-occlusion, anesthésié à l'éther, opéré par hémicolectomie avec iléo-transversostomie latéro-latérale, pour un cancer cæcal non adhérent, avec drainage lombaire. Mort de péritonite le troisième jour. L'opération en un temps fut une erreur.

Nous avons 4 cancers du transverse, opérés par colec-

tomie segmentaire: 3 d'emblée avec réparation bout à bout, 1 après anus cæcal préliminaire et réparation latéro-latérale (obs. 5, 6, 7, 8).

Ces trois cas opérés d'emblée ont guéri sans le moindre accident. Le 4^e cas, une femme obèse de 72 ans, avait été traitée d'abord pour occlusion complète par une cæcostomie. Il y eut néanmoins une déhiscence de la colo-colorrhaphie latéro-latérale avec fistule stercorale qui se ferma spontanément en six semaines.

La colectomie typique pour cancer du transverse faite suivant les cas, soit d'emblée, soit après dérivation externe, a donc donné 100 % de guérisons post-opératoires. Affaire de chance, c'est certain. Dans la statistique de la clinique de l'Hôtel-Dieu, nous relevons 6 colectomies d'emblée avec 4 morts (66 %) et 4 après cæcostomie avec 2 morts (50 %).

La colectomie segmentaire en un temps pour les cancers du transverse a une mauvaise réputation.

Cependant notre série blanche si petite qu'elle soit, nous permet de penser qu'elle n'est pas aussi grave qu'on le prétend. Dans les bons cas, ou dans les cas redevenus bons grâce à l'anus préliminaire, c'est au transverse qu'elle trouve son meilleur emploi, ainsi que nous l'avons dit dans un chapitre précédent, et cette opinion est justifiée par l'examen de nos documents.

Reste dans ce groupe une colectomie segmentaire (obs. 9) après cæcostomie, pour un cancer du sigmoïde chez un homme de 64 ans, endormi à l'éther. Malgré la dérivation externe, fonctionnant depuis deux mois, le

bout proximal était encore dilaté et le défaut de « congruence » obligea de faire dans des conditions difficiles, une implantation termino-latérale. Le malade succomba d'accidents pulmonaires un mois après la colectomie.

Bien que ce décès ne soit pas imputable à la méthode opératoire, la colectomie segmentaire fut une erreur.

Rappelons que d'après les relevés de M. Okinczyc, sa mortalité semble, suivant les statistiques entre 27 et 83 %. Celle de Rötter, une des moins mauvaises, est de 42 %.

2° Exclusion unilatérale.

Dans ce groupe nous n'avons que 3 opérés (obs. 10, 11, 12) à qui a été fait un premier temps de la colectomie intra-péritonéale en deux temps, c'est-à-dire une exclusion, sans qu'il ait été pratiqué ultérieurement le second temps.

Une femme de 43 ans (obs. 12), opérée à l'éther est morte 13 heures après l'opération. Il s'agissait d'un cancer du sigma qui fut trouvé adhérent. Mais la malade était en occlusion incomplète; il y avait distension du cæcum et de l'appendice, le grêle était lui-même dilaté. L'intrapéritonéale en 2 temps était indiquée par la fixité de la tumeur; mais d'emblée, elle offrait de gros risques puisque l'intestin était distendu. Il fallait commencer par instituer un anus transverse pour faire disparaître la rétention.

Les 2 autres cas ont survécu à l'exclusion unilatérale pour des cancers du cæcum adhérents. Il n'y avait pas de rétention notable, ainsi qu'il arrive souvent dans

le cancer cæcal. L'exclusion était donc indiquée. M. Lapointe la fit par iléo-transversostomie. Un des opérés (obs. 10), un vieillard de 77 ans, ne se remonta pas, après le premier temps, on ne put jamais songer au second temps. La mort survint par cachexie cinq mois après l'iléo-transversostomie. L'autre malade (obs. 11), une femme de 67 ans, ne tira pas non plus le moindre bénéfice de l'exclusion unilatérale. Quand on tenta le deuxième temps, un mois après le premier, on recula devant la colectomie en raison de la fixité persistante de la tumeur et de l'importance des adénopathies.

Ainsi, en ce qui concerne notre statistique, ce que nous avons dit précédemment sur les avantages éventuels de la colectomie intra-péritonéale en deux temps reste purement théorique.

Chose curieuse, en parcourant les principaux mémoires d'ensemble publiés depuis trente ans sur la colectomie pour cancer, nous avons constaté que les opérateurs avaient eu bien rarement l'occasion de pratiquer le deuxième temps.

Citons par exemple, l'importante statistique de Rötter publiée par Petermann en 1908 et qu'il a complétée lui-même en 1913. Nous y trouvons 22 anastomoses ou exclusions dont 6 ont été faites en occlusion complète, avec 5 décès rapides. Sur les 16 autres malades, 10 ont supporté le premier temps, mais aucun n'a pu bénéficier du second temps.

Dans la statistique de l'Hôtel-Dieu de Paris, sur 93 colectomies, une seulement rapportée par M. Okinczyc,

a été pratiquée par iléo-sigmoïdostomie primaire et colectomie subtotale secondaire, pour un cancer de l'angle splénique. Ce cas, qui a guéri, avait été préparé par une cœcostomie préliminaire.

Rappelons aussi l'observation de M. Lagoutte dont nous avons déjà parlé, un cancer de l'ascendant chez une femme âgée traitée d'abord elle aussi, par une fistule cœcale préliminaire et colectomie secondaire avec succès par la méthode intrapéritonéale en deux temps.

Il semble bien qu'on continue à voir dans l'entéro-anastomose ou l'exclusion un traitement simplement palliatif, un expédient à utiliser chez des malades inopérables auxquels on désire éviter les inconvénients de l'anus contre nature.

Nous répéterons que la méthode intra-péritonéale en deux temps mérite d'être considérée et qu'utilisée dans les conditions que nous avons précisées pour les cancers droits, elle est capable d'élargir le champ de la colectomie.

3° Extériorisation.

Les 21 dernières observations (obs. 13 à 33) de notre relevé se rapportent à des colectomies extra-péritonéales en deux temps.

Pour 33 opérés, le nombre des extériorisations est élevé. En éliminant les 3 cas dans lesquels on a dû se borner à une exclusion, nous avons pour 30 résections : 21 extériorisations ; la proportion des extériorisations est de 70 %.

Elle est plus importante que dans la plupart des sta-

tistiques. Dans celle de l'Hôtel-Dieu de Paris (rapport Okinczye) nous trouvons 36 extériorisations pour 93 résections, soit environ 38,7 % sur 66, soit environ 51 % dans celle de Rötter-Petermann.

Ce grand nombre relatif de nos extériorisations ne tient pas à ce fait que notre maître, M. Lapointe, affectionne particulièrement cette méthode opératoire. Il s'explique parce que 18 de nos 33 opérés, plus de 50 % étaient atteints de cancer sigmoïde, c'est-à-dire de ce type de cancer pour lequel l'extériorisation est tout spécialement indiquée.

Dans les 21 extériorisations, il y a 16 cancers du sigmoïde (obs. 18 à 33) contre 1 de l'angle gauche (obs. 17), 1 du transverse (obs. 16), de l'angle droit (obs. 15) et 2 du cæcum (obs. 13 et 14).

Ainsi sur 18 cancers de l'anse sigmoïde, 2 seulement ont été opérés par une autre méthode que l'extériorisation. Ils ont d'ailleurs succombé et nous avons dit plus haut que le plan opératoire suivi dans les deux cas n'avait pas été bien choisi.

Ces 21 extériorisations ont donné 8 décès post-opératoires : 38 %. C'est beaucoup, bien que ce pourcentage soit inférieur au chiffre de 40 % que donne M. Okinczye dans la statistique de l'Hôtel-Dieu, et surtout au 57 % de celle de Rötter (16 morts sur 28 opérés),

En examinant les conditions dans lesquelles se sont produits nos 8 décès, nous verrons qu'un certain nombre d'entre eux sont imputables non à la méthode elle-même, mais bien aux circonstances défavorables dans lesquelles elle a été utilisée.

Disons d'abord que ces 8 décès sont tous survenus après le premier temps et que le rétablissement de la continuité intestinale chez les 13 survivants exécutée dans la majorité des cas, par la fermeture intrapéritonéale, n'a été suivie d'aucun échec.

Faisons premièrement la critique de deux extériorisations pour des segments peu favorables à cette méthode : l'une pour cancer de l'angle iléo-cæcal, l'autre pour tumeur de l'angle droit.

Le 1^{er} décès est survenu (obs. 14) chez un malade de 56 ans endormi à l'éther, en occlusion intestinale complète depuis deux jours. Chez ce malade on n'a pas pu localiser la tumeur et on a fait une incision médiane pour explorer, car le lavement baryté n'avait pas montré d'obstacle. Il s'agissait d'une grosse tumeur de l'angle iléo-cæcal, adhérent de partout aux anses grêles et aux plans postérieures. Une anse grêle adhérente à la tumeur a été déchirée au cours de manœuvres de libération, donnant issue à des matières liquides sur le champ opératoire.

On peut considérer chez ce malade qu'en plus d'une erreur de méthode opératoire on a commis une faute de technique. La mort est survenue le 11^e jour de l'opération, après une infection et désunion de la paroi.

La bonne méthode dans ce cas aurait été une *exclusion unilatérale* par iléo-transversostomie.

Le 2^e décès (obs. 15), une femme de 73 ans, en sub-occlusion, anesthésie à l'éther, chez laquelle on avait fait le diagnostic de cholécystite calculieuse probable avec péricholécystite suppurée, a été opérée dans le

dessein de faire une incision de la vésicule et du foyer périvésiculaire.

Il s'agissait d'une tumeur néoplasique perforée, un peu au-dessous de l'angle droit. On a extériorisé à tort toute la masse jusqu'à l'origine du transverse : mort 48 heures après l'opération.

Cette observation montre le danger considérable de l'extériorisation d'un cancer enflammé, adhérent et compliqué de péritonite suppurée. Cette extériorisation à chaud était contre-indiquée. Il fallait se contenter d'un anus et drainer sans rien de plus.

Restent 6 décès par extériorisation du sigmoïde.

Dans un premier groupe nous avons deux extériorisation d'emblée (obs. 18 et 20) de tumeurs compliquées d'abcès périnéoplasiques. Pour l'un d'eux (obs. 18) il s'agissait d'un sujet de 63 ans sans obstruction réelle, avec 39° de température. On a commis l'erreur de faire une extériorisation malgré l'existence d'un gros abcès fécal du pelvis.

L'autre (obs. 20) chez qui l'on a extériorisé péniblement un cancer du sigmoïde perforé et compliqué d'un abcès putride.

Nous avons donc deux extériorisations de tumeurs compliquées d'abcès périnéoplasique avec deux morts, soit 100 % de mortalité.

Quelques chirurgiens n'ont pas reculé devant une extériorisation dans les cas de ce groupe. Dans le mémoire déjà cité, MM. Charier et Leibovici rapportent 4 opérations de ce genre dont 1 de M. Leibovici. Pour

celle-ci l'extériorisation n'était pas préméditée ; l'opérateur pensait opérer pour un pyosalpinx et ce n'est que le ventre ouvert qu'il reconnut un gros abcès au contact d'un cancer sigmoïde. L'extériorisation ne fut qu'un moyen de se tirer d'affaire et le malade guérit, contre toute attente.

Les trois autres extériorisations pour péritonite suppurée, périnéoplasique (1 cas de Wette, 2 cas de Goldschmidt) faites, semble-t-il, de propos délibéré, ont donné 2 morts et 1 guérison.

De ces observations, de celles de Körte, (1) nous pouvons conclure que la résection d'emblée, si elle semble fort séduisante, est extrêmement meurtrière. En fait, nous pensons que cette méthode est à rejeter. Il est vrai qu'on a eu des succès, 2 cas d'Hochenegg.

Le procédé à recommander pour ces tumeurs suppurées est d'abord une large incision, le drainage de l'abcès. Dès que la poche purulente est devenue propre et que la tumeur est devenue extirpable on s'attaque à une opération radicale. Un cas de Körte où la tumeur semblait diffuse au début, fut opéré après drainage de l'abcès, dans de très bonnes conditions.

Dans un deuxième groupe, 3 cas d'extériorisation en occlusion (obs. 21, 25 et 27).

Le premier cas (obs. 21) était une femme de 71 ans, en occlusion complète depuis 8 jours, anesthésiée à la rachi et opérée d'urgence par le service de garde. Au lieu d'une simple fistule de dérivation pour évacuer le

(1) KÖRTE. — Die Chirurgische Behandlung der malignen Dickdarmgeschwüste (Arch. f. klin. Chir. 1913 ; T. CII, p. 563-650).

gaz et les matières au dehors on a fait une extériorisation d'emblée. Elle a succombé 10 heures après l'opération.

Le deuxième cas (obs. 25) un vieillard de 79 ans, en occlusion complète depuis 4 jours, sous-anesthésie locale, opéré d'urgence. Ici aussi on a fait une extériorisation d'emblée avec application d'un tube de Paul dans le bout supérieur de l'anse extériorisée. Mort deux jours après l'opération.

Le troisième cas (obs. 27) homme de 53 ans en état de sub-occlusion, opéré d'urgence de hernie inguinale gauche étranglée. A l'ouverture du sac herniaire on a trouvé du liquide et l'épiploon cancéreux entourant un néoplasme du sigmoïde. Quoique le malade était en état d'occlusion incomplète, on a dû se contenter d'une simple réduction de la tumeur et d'installer une fistule sur le transverse pour faire cesser la stase. L'extériorisation d'emblée pratiquée a été suivie de résection retardée de l'anse (5 jours après). Ce malade mourut 10 jours après l'opération, probablement de péritonite.

Il nous reste un dernier décès par extériorisation d'emblée (obs. 23) femme de 54 ans en occlusion incomplète. Chez cette malade, opérée antérieurement à la région sous-hépatique on n'avait pas pu porter un diagnostic précis, malgré que l'examen radioscopique se montrait positif. On a commencé par faire une incision exploratrice médiane. Puis, ensuite, après découverte d'une tumeur sur le sigmoïde on a fait l'extériorisation par une contre-incision latérale gauche. L'ablation de la pièce a été pratiquée cinq jours après. Cette

malade a succombé le 6^e jour de l'opération à la suite d'une grosse infection de la paroi.

Nous pouvons donc conclure de l'étude de ce deuxième groupe que l'extériorisation d'emblée chez des malades en état d'occlusion est particulièrement dangereuse. Il y a longtemps qu'on a attiré l'attention sur ce fait (Shede, Hencke) qu'en état d'occlusion intestinale, toute opération radicale détermine la mort sinon toujours, du moins dans un grand nombre de cas. Cependant c'est après 1905 qu'on a insisté avec la plus grande fermeté sur le fait que cette complication constitue à elle seule une maladie et qu'on doit d'abord faire cesser la stase dans les cas de rétention stercorale plus ou moins complète, avant d'entreprendre une opération radicale. Nous avons insisté plus haut sur l'intérêt de n'opérer que des malades « vidangés » par une dérivation externe préliminaire, refroidis et non « à chaud ».

Nous pouvons résumer dans un tableau d'ensemble les résultats obtenus sur 21 extériorisations :

TABLEAU I

21 extériorisations

17 extériorisations d'emblée, avec 8 morts.

4 extériorisations secondaires à un anus préliminaire : 0 mort.

Cæcum	2 d'emblée	{ 1 guérison (obs. 13). 1 mort (obs. 14) rupture du cancer.
Angle droit	1 d'emblée	: 1 mort (obs. 15) par erreur.
Transverse	1 d'emblée	: 1 guérison (obs. 16).
Angle gauche	1 d'emblée	: 1 guérison (obs. 17).
Sigma	12 d'emblée	Obs. 18 : Mort. Gros abcès fécaloïde (par erreur).
	6 morts.	Obs. 19 : guérison.
		Obs. 20 : Mort. Cancer perforé avec péritonite putride (par erreur).
		Obs. 21 : Mort. Occlusion complète (par erreur).
		Obs. 22 : Guérison.
		Obs. 23 : Guérison.
		Obs. 24 : Guérison.
		Obs. 25 : Mort. Occlusion complète (par erreur).
		Obs. 26 : Guérison.
		Obs. 27 : Mort. Sub-occlusion (par erreur).
	4 secondaires	Obs. 28 : Mort. Infection périnéo-plasique.
	0 morts	Obs. 29 : Guérison.
		{ Obs. 30. Obs. 31. Obs. 32. Obs. 33.

13 Guérisons. 8 Morts.

En résumé :

Par erreur : obs. 15, 18, 20, tumeurs suppurées.

— obs. 21, 25, 27, occlusion.

Deux morts vraiment imputables à la méthode :

obs. 14, faute de technique;

obs. 28, infection après le 2^e temps.

**SUR 15 CAS OU LES PRINCIPES ONT ÉTÉ RESPECTÉS, SOIT
13,3 % DE MORTALITÉ.**

L'extériorisation a été donc faite d'emblée 17 fois et 4 fois seulement après anus préliminaire. Ces 8 décès sont tous consécutifs à des extériorisations d'emblée.

Résultats de fermeture des anus.

17 fermetures pour 13 malades : 0 mort.

a) 10 anus gauche, fermés par la méthode intrapéritonéale ;

b) 2 anus gauche, par la méthode extra-péritonéale ;

c) 4 anus préliminaires, par la méthode intra-péritonéale.

Nous avons traité nos dix cas gauches, avec éperon, par l'entérotome d'abord, dans le but de favoriser la fermeture ultérieure en ramenant ainsi l'anus aux conditions d'un anus latéral. Ces 10 cas ont guéri sans le moindre incident.

Il nous reste un anus gauche qui s'est fermé spontanément après destruction préalable de l'éperon.

II — Résultats éloignés.

Nous n'avons rien à dire de nouveau sur les résultats éloignés des colectomies pour cancer du gros intestin ;

nous allons seulement indiquer brièvement la durée de survie chez nos opérés.

Sur 30 cas soumis à l'opération radicale par les méthodes différentes, 19 sont guéris opératoirement.

Nous suivrons pour les résultats éloignés la même classification que celle que nous avons adoptée précédemment.

1° Méthode intrapéritonéale en 1 temps

Des 6 malades qui ont résisté à l'opération immédiate, 2 cas (obs. 2 et 3) ont récidivé.

Le premier (obs. 3) chez lequel on a fait une iléo-cæco-colectomie droite en un temps pour un cancer du cæcum très étendu, adhérent à la paroi abdominale antérieure, a récidivé au bout de 6 mois.

Une nouvelle intervention pratiquée à la suite de cette récidive a montré une masse inextirpable ayant comme point de départ le grêle. L'opération a été seulement exploratrice et depuis cette époque on n'a pas eu de nouvelles du malade.

Chez le second (observation 5) on a fait une colectomie segmentaire du transverse en un temps avec réparation bout à bout, pour un cancer étendu, accompagné de nombreux ganglions. Récidive au 4^e mois et mort au bout d'un an.

Sur les 4 autres qui n'ont pas récidivé (obs. 4, 6, 7, 8) nous indiquerons successivement la durée de survie :

Obs. 4 : Il s'agissait d'une jeune femme de 21 ans opérée en 1921 pour un cancer de l'angle droit et chez

laquelle on avait fait une hémicolectomie droite avec iléo-transversostomie termino-latérale.

Cette malade a eu une survie de 10 ans. Revue en décembre 1931, on la trouve dans un état de parfaite santé sans éventration et sans signes de récurrence.

Obs. 6 : Ce malade opéré en juin 1930 pour un cancer du transverse est venu nous voir en janvier 1932. Son état général est satisfaisant. Pas de récurrence.

Obs. 7 : Cancer du côlon transverse chez une malade opérée le 15 avril 1931, on a fait une résection segmentaire en un temps avec réparation par anastomose termino-terminale. Sans récurrence en janvier 1932.

Obs. 8 : Il s'agissait d'une femme opérée en juin 1931 pour un cancer du transverse. Sans récurrence en janvier 1932.

2° Méthode extra-péritonéale en deux temps ou extériorisation.

Nous avons constaté pour cette méthode, sur 13 malades guéris opératoirement, 2 récurrences (obs. 13 et 16). soit 15, 3 %. Ce pourcentage est plus faible que celui d'Anschutz, qui note la récurrence dans 30 % des cas opérés par la méthode d'extériorisation.

Une fois (obs. 13) la récurrence survint 5 ans après l'opération. Il s'agissait d'un homme de 47 ans avec un cancer ayant comme point de départ la valvule iléo-cæcale accompagné de nombreux ganglions. Opéré par la méthode d'extériorisation avec fermeture intra-péritonéale de l'anus, ce malade s'est bien porté pendant 5 ans. Mort de récurrence.

Une autre fois (obs. 26) il s'agissait d'un sujet âgé de 23 ans, en occlusion, opéré sans diagnostic précis en raison de l'âge. On a cru d'abord à une péritonite tuberculeuse, après trois jours d'occlusion, ce malade fut désobstrué par un purgatif.

La laparotomie médiane exploratrice a montré un cancer du sigmoïde adhérent au péritoine vésical avec de nombreux ganglions dans le méso. L'extériorisation a été suivie de résection retardée de la tumeur et la fermeture de l'anوس par la méthode intra-péritonéale.

Ce malade est opéré d'urgence à la suite d'une nouvelle crise d'occlusion, survenu 9 mois après son opération. On a trouvé une récurrence sur le côlon et sur le grêle. Vu la généralisation de la récurrence on s'est limité à l'établissement d'un anus artificiel sur le côlon, au-dessus de la récurrence colique. Décès à la suite de cette intervention.

Il nous reste donc 11 cas dont la guérison fut notée. Parmi ceux-ci il y a des cas qui ne peuvent pas être considérés comme guérison effective car l'opération radicale ne date que de 6 ou 8 mois. Par contre nous avons plusieurs cas de guérison de plus de deux ans.

Parmi ces 11 guérisons, il y a deux cas où la mort survint en dehors de toute récurrence locale.

Le premier (obs. 16) femme âgée de 58 ans, opérée en octobre 1923. A l'opération on trouve un cancer du transverse propagé à la grande courbure : résection de celle-ci et fermeture en deux plans. Extériorisation et résection de la tumeur. On place une sonde de Pezzer dans le bout afférent du côlon. L'anوس contre nature a été fermé ulté-

rieurement par la méthode intrapéritonéale. Décès en décembre 1930 d'une affection pulmonaire.

Le deuxième (obs 30) femme de 71 ans, traitée d'abord pour occlusion complète par un anus cæcal préliminaire.

L'extériorisation est faite avec section en coin du méso et implantation des deux bouts avec un pont cutané intermédiaire (Dr Desplas). Après la résection de l'anse extériorisée on se trouvait en présence d'une malade avec trois anus contrenature, un à droite, deux à gauche, dont deux donnant des matières.

Dans le but de terminer par une seule opération la fermeture des anus, on pratique une iléo-rectostomie au bouton latéro-latérale et un cerclage de l'anus cæcal. (fig. 7). Cette opération n'a pas eu de succès. La fistule cæcale (a) s'est réouverte et il y a eu reflux par le bout colique inférieur (c).

Dans ces conditions M. Lapointe juge utile de faire une exclusion, en sectionnant l'iléon près de son implantation cæcale et de fermer l'anus cæcal après l'avoir décollé de la paroi.

Une 4^e intervention a été nécessaire pour fermer le bout colique inférieur à cause du reflux des matières. On a procédé par la méthode intrapéritonéale.

Cette malade opérée en 1927 a survécu deux ans sans récurrence. Elle est morte de cause inconnue.

Restent donc 9 guérisons :

Obs. 17 : Cancer de l'ascendant, sous l'angle gauche. Extériorisation d'emblée. Fermeture intrapéritonéale de l'anus. Survie de 5 ans, sans récurrence.

Obs. 19 : Cancer du sigmoïde. Extériorisation d'emblée. Fermeture intrapéritonéale de l'anus. Ce malade opéré en juillet 1922 revient nous voir en décembre

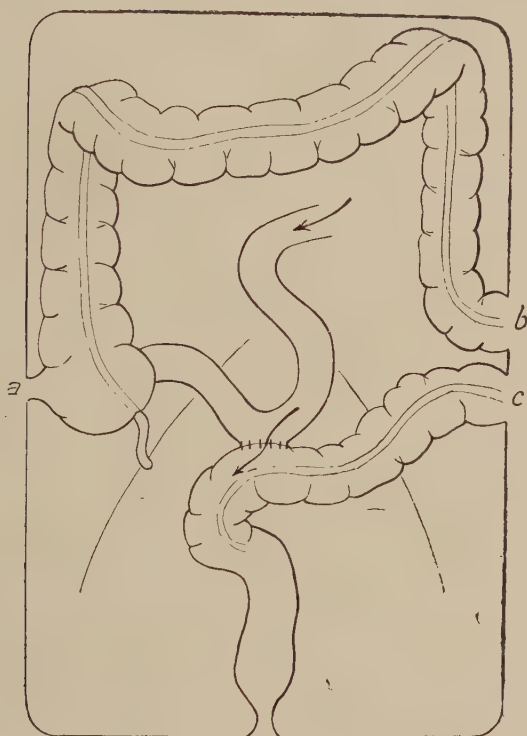


FIG. 7. — (*Obs. 30*), 2^e opération : iléo-rectostomie

1931, guéri sans signe de récurrence. Cette survie de 9 ans et demi mérite d'être remarquée.

Obs. 22 : Cancer du sigmoïde. Extériorisation d'em-

blée. Fermeture intrapéritonéale de l'anūs, 2 ans sans récīdive.

Obs. 23 : Cancer du sigmoīde. Extérieurisation d'emblée. Fermeture spontanée de l'anūs. 2 ans et demi sans récīdive.

Obs. 24 : Cancer de l'origine du sigmoīde. Chez une femme de 80 ans opérée par la méthode d'exteriorisation sur baguette de verre. (Schwartz). Fermeture intrapéritonéale de l'anūs — Survie de 4 ans. Plus de nouvelles.

Obs. 29 : Cancer du sigmoīde. Extérieurisation d'emblée. Fermeture intrapéritonéale de l'anūs. 1 ans et trois mois sans récīdive.

Obs. 31 : Cancer du sigmoīde. Extérieurisation secondaire à un anus préliminaire sur le transverse. Fermeture intrapéritonéale de l'anūs gauche. La fistule transverse qui persistait a été aussi fermée par la méthode intrapéritonéale. Revue au bout de 2 ans et 9 mois ; pas de récīdive.

Obs. 32 : Cancer du sigmoīde. Extérieurisation secondaire à un anus cæcal. Fermeture intrapéritonéale des anus artificiels. Revue 2 ans et demi après l'opération, sans récīdive.

Obs. 33 : Cette malade a été opérée d'abord pour occlusion complète, attribuable à une invagination colique. L'incision de laparotomie médiane a permis de confirmer la dite invagination. On pratique alors une fixation de l'anse invaginée à son collet et une colectomie droite (Dr Braine).

L'anus droit est fermé secondairement par la méthode intrapéritonéale. C'est au cours d'une nouvelle intervention à la suite d'une éventration médiane qu'on a pu confirmer l'existence d'un néoplasme du sigmoïde. Celui-ci était à l'origine de l'invagination. Ultérieurement on a extériorisé le cancer. Fermeture intrapéritonéale de l'anus. Revue 1 an après l'opération sans récurrence, a engraisé de 10 kilogrammes.

Nous pourrions tirer un enseignement de notre statistique en ce qui concerne les résultats éloignés, c'est que le cancer du gros intestin demeure longtemps un cancer localisé et qu'on peut espérer de l'exérèse des guérisons prolongées. Nous rapportons plusieurs survies de plus de cinq ans, dix ans même.

M. Ockinczyk l'a déjà dit, et nous le répétons volontiers à l'appui de nos observations.

Nous résumerons dans le tableau suivant les résultats éloignés de nos opérés :

TABLEAU II

Colectomie en un temps. Résultats éloignés

<u>Siège</u>	<u>Nombre de cas</u>	<u>Survies</u>
Cæcum . .	1	récidive au 8 ^e mois (obs. 3).
Angle droit .	1	récidive au 4 ^e mois (obs. 5) mort au bout d'un an.
Transverse .	4	{ Obs. 4. 10 ans sans récidive. Obs. 6 : 1 an 1/2 sans récidive. Obs. 7 : 9 mois sans récidive. Obs. 8 : 8 mois sans récidive.

TABLEAU III

Colectomie extra-péritonéale en deux temps ou extériorisation. Résultats éloignés

<u>Siège</u>	<u>Nombre de cas</u>	<u>Survies</u>
Cæcum . .	1	5 ans, récidive et mort (obs. 13)
Transverse .	1	5 ans, mort d'une affection pulmonaire (obs. 16).
Angle gauche	1	5 ans, sans récidive (obs. 17).
Sigmoïde . .	10	{ Obs. 19 : 9 ans 1/2 sans récidive. Obs. 22 : 6 ans 3 mois sans récidive. Obs. 23 : 5 ans sans récidive. Obs. 24 : 4 ans sans récidive. Obs. 26 : 2 ans sans récidive. Mort. Obs. 29 : 1 an sans récidive. Obs. 30 : 4 ans, mort de cause inconnue. Obs. 31 : 3 ans sans récidive. Obs. 32 : 7 ans 1/2 sans récidive. Obs. 33 : 1 an sans récidive.

OBSERVATIONS INÉDITES

Colectomie intrapéritonéale en un temps

Obs. I. — CANCER CÆCAL. — *Colectomie droite intrapéritonéale en un temps. Réparation 1^{re} par iléo-transversorraphie. Extirpation seconde. Mort postopératoire.* M. LAPOINTE (1905).

M. C..., 65 ans. Malade amaigri, se sentant depuis plusieurs mois très diminué au point de vue physique. Constipé chronique de très ancienne date. Mais depuis quelques mois souffre de coliques et a de temps à temps des débâcles fétides, alternant avec des périodes de constipation. A été traité pour entéro-colite, sans aucun résultat. Son médecin traitant a découvert, il y a quelques semaines, dans le flanc droit, une tuméfaction, pour laquelle le malade vient me consulter en novembre 1905.

On trouve très facilement, à la partie supérieure de la fosse iliaque droite, une masse dure, mobile, à peine douloureuse. Le cæcum est distendu, mais on ne voit pas d'anses grêles se dessiner à travers la paroi abdominale. Le malade a cependant remarqué, dans ces derniers mois, que son intestin « faisait souvent du bruit ».

Le diagnostic de cancer colique ou cæco-colique s'impose.

Le foie ne paraît pas augmenté de volume.

Opération le 20 novembre 1905 à la villa Molière, avec l'assistance de mon collègue Ch. Souligoux. Anesthésie au chloroforme.

Laparotomie par incision latérale en dehors de la gaine du

droit. La tumeur, bosselée, grosse comme une orange, siège à la partie supérieure du cæcum, dont le fond est distendu ainsi que la fin de l'iléon.

On voit quelques ganglions dans l'angle iléo-cæcal.

Bien que la masse soit mobile, notre plan est de nous en tenir à une exclusion unilatérale et de remettre la colectomie à une autre séance.

Section de l'iléon entre deux champs à 10 centimètres environ au-dessus de la valvule. Fermeture du bout supérieur qui est implanté par abouchement latéro-latéral sur le transverse un peu en aval de l'angle hépatique.

Cette exclusion s'est faite rapidement ; le malade dort bien et son poulx est excellent. Nous nous décidons alors à recourir au plan opératoire primitif et à faire immédiatement la colectomie.

Section du transverse à quelques centimètres de l'anastomose et fermeture du bout distal en deux plans, avec couverture épiploïque. Décollement facile de dehors en dedans et de bas en haut de l'anse iléo-cæcale. Bonne hémostase.

Malgré la suppression d'une partie de mésentère avec ses ganglions, il est possible de péritoniser d'une manière satisfaisante.

Fermeture de la paroi abdominale en trois plans sans drainage.

Septicémie péritonéale, avec vomissements noirâtres. Mort trois jours après l'opération.

Obs. II. — CANCER DU CÆCUM. — *Résection d'emblée intrapéritonéale en un temps. Réparation par iléo-transversorrhaphie. Mort postopératoire* M. LAPOINTE (1924).

M. J..., 62 ans, soigné depuis quelques mois par le Dr Kurbord, pour des crises passagères de subocclusion.

Le 24 janvier 1924, le médecin traitant a constaté une masse dans le flanc droit et je suis appelé en consultation le lendemain.

Malade obèse, bien qu'il déclare avoir maigri dans ces derniers temps. Va à la selle et rend des gaz. N'a pas vomi.

Je trouve très facilement à la partie supérieure de la fosse iliaque droite une masse qui paraît grosse comme un œuf. On la déplace très aisément dans le sens transversal.

Opération le 26 janvier 1924. La rachianesthésie n'a pas été possible. Anesthésie à l'éther.

Incision latérale droite.

Tumeur cæcale sans aucune adhérence. Je me décide à faire l'extirpation d'emblée.

Iléo-colectomie droite dépassant un peu l'angle hépatique, sans grosse difficulté.

Réparation par iléo-transversorraphie latéro-latérale. Le bout proximal du transverse a été fermé et réduit dans le ventre.

Ce temps de réparation a été rendu très difficile par l'abondance de la graisse dans les mésos et en particulier autour du transverse, ainsi que par l'épaississement œdémateux de l'iléon.

Drainage du foyer d'extirpation par un drain et des mèches par voie lombaire.

L'opération a duré 1 h. 45.]

Le deuxième jour la température monte à 39°6 et le pouls à 140.

Dès le troisième jour : septicémie péritonéale.

(Observation qui montre les dangers de l'opération en un temps, même pour cæcum quand il ne s'agit pas d'un bon cas. J'ai eu tort d'opérer ainsi cet homme gros et alcoolique. Il aurait mieux valu faire l'extériorisation ou l'intrapéritonéale en deux temps).

Obs. III. — CANCER DU CÔLON ASCENDANT. — *Pas d'occlusion.*
Iléo-colectomie en un temps. Récidive au bout d'un an.

B. Her..., âgé de 47 ans, entre dans le service de M. le Dr Lapointe à l'hôpital St-Antoine le 20 octobre 1921, pour des

troubles intestinaux. Ce malade a déjà été opéré dans le service deux ans auparavant d'une hernie étranglée. Il revient consulter parce qu'il souffre depuis un an environ de phénomènes d'obstruction intestinale, alternés de crises diarrhéiques.

A son entrée il n'y a pas d'occlusion véritable ; les matières et quelques gaz passent, mais le malade souffre beaucoup de coliques violentes, il a quelques vomissements.

A l'examen : on constate une tumeur volumineuse, occupant la région du côlon ascendant. Elle est peu mobile et légèrement douloureuse à la pression. Pas de péristaltisme du grêle.

Toucher rectal négatif.

L'examen radioscopique, après lavement baryté, montre un obstacle sur le côlon sous-hépatique.

Intervention le 3 novembre 1921 (M. Lapointe), sous anesthésie locale ; morphine-scopolamine.

On trouve une grosse tumeur du côlon sous-cœcal adhérent intimement à la paroi. La portion terminale du grêle est distendue, clapotante, œdématiée, grosse comme un boudin, hypertrophiée avec plaques brunâtres.

Hémi-colectomie droite en un temps avec résection d'un segment de la paroi adhérent à la tumeur. Ce temps opératoire a allongé beaucoup la durée de l'intervention, qui par ailleurs se présentait comme très facile.

Réparation par anastomose latéro-latérale iléo-transverse iso-péristaltique. Drainage par une contre ouverture lombaire : un drain et deux mèches. Il a fallu l'éther pour refermer la paroi.

Suites très simples, guérison sans incident.

Suites tardives : En juin 1922 le malade revient à l'hôpital. Il a présenté à deux reprises des crises d'obstruction passagères. Toute la paroi derrière la cicatrice opératoire est envahie et soulevée par une masse tumorale qu'on n'arrive pas à mobiliser. Le malade est très amaigri et très diminué de forces,

En présence de ces phénomènes de récidence on pratique une laparotomie exploratrice. On trouve une masse inextirpable, adhérente à la paroi, ayant comme point de départ le grêle. Le cul-de-sac grêle de l'anastomose se montre très distendu : 15 centimètres environ. L'anastomose fonctionne bien. Opération uniquement palliative. Plus de nouvelles.

Obs. IV. — CANCER DE L'ANGLE DROIT. — *Colectomie intrapéritonéale en un temps. Iléo-transversostomie termino-latérale. Guérison définitive.*

G. Suz..., 23 ans, ménagère. Entre dans le service du Dr Lapointe à l'hôpital Saint-Antoine le 9 novembre 1921 pour des crises douloureuses abdominales. Le début de l'affection actuelle semble remonter au mois de juin 1921, par des douleurs abdominales surtout péri-ombilicales. Ces douleurs étaient calmées par l'apparition de crises diarrhéiques.

La fin de la crise était marquée par l'évacuation de matières noires. Jamais cependant la malade n'y a constaté la présence de sang. Dans l'intervalle des crises elle souffrait fréquemment de coliques et allait irrégulièrement à la selle. Le plus souvent elle était constipée : une selle tous les quatre ou cinq jours. Les périodes de constipation étaient alternées avec des périodes diarrhéiques qui soulageaient la malade. En novembre 1921 l'intensité des crises oblige la malade à venir consulter.

L'examen lors de son entrée montre un abdomen saillant du côté droit, pas d'ascite décelable, pas d'ondes péristaltiques. On sent par contre une masse au-dessus et à droite de l'ombilic, dans le flanc droit ; relativement mobile, un peu douloureuse à la pression profonde. Cette masse a été prise de prime abord pour des ganglions. Il semble que le grêle est distendu, le cæcum est clapotant et ballonné. On ne trouve pas de métastase. Toucher rectal négatif.

L'examen radioscopique après repas baryté montre une

sténose de la fin du grêle avec dilatation en amont. L'appendice est un peu douloureux.

Intervention le 21 novembre (M. Lapointe) sous anesthésie à l'éther

Laparotomie sus-ombilicale. Il s'agit en réalité d'une tumeur de l'angle colique droit qui est ptosé. On découvre quelques petits ganglions dans la fin du mésentère. Le côlon transverse est aplati, le cæcum un peu distendu.

On pratique assez péniblement, à cause de la mauvaise anesthésie, une héli-colectomie droite avec réparation par iléo-transversostomie termino-latérale.

Examen histologique : Cancer typique, encéphaloïde.

L'examen macroscopique de la pièce : montre une ulcération festonnée à surface végétante et à bords durs, peu sténosante, occupant une longueur de trois centimètres.

Suites opératoires. Suites simples jusqu'au 8^e jour, où la malade commence à tousser. Fièvre à 39°, ablation des fils, Suppuration fétide gangreneuse du tissu cellulaire. La plaie finit par se désunir partiellement en laissant s'écouler du pus jaunâtre. La suppuration est d'ailleurs nettement limitée au plan sous cutané. Drainage du foyer par drains de Dakin. Guérison au bout de 7 semaines. Quitte l'hôpital guérie le 21 décembre.

Revue le 20 novembre 1923. Etat parfait, bon fonctionnement intestinal. Pas de diarrhée, pas de douleur. Petite éventration au niveau de l'incision. Suites tardives. Revue en décembre 1931 en très bon état, sans aucun signe de récidence.

Obs. V. — CANCER DU CÔLON TRANSVERSE. — *Pas d'obstruction. Colectomie intra péritonéale en un temps. Récidive quatre mois après l'opération. Survie de un an.*

Mme Her..., 41 ans, ménagère, entre dans le service de M. le Dr Lapointe à l'hôpital Saint Antoine ; envoyée par le Dr Siredey, le 23 mai 1920, avec un diagnostic probable de tumeur solide de l'ovaire.

La malade dit être toujours sujette à la constipation qui devient, depuis un an, de plus en plus tenace. Elle n'a jamais eu de crise d'obstruction intestinale. Pas de sang dans les matières. Le toucher rectal est négatif.

A l'examen on constate l'existence d'une masse occupant le flanc gauche assez volumineuse, qui présente les caractères d'une grosse rate.

Opération le 3 juin 1920 (M. Lapointe) sous anesthésie à l'éther.

Laparotomie. On trouve une grosse masse néoplasique avec ganglions siégeant sur le côlon transverse.

Le segment pré-splénique du transverse est ptosé. On résèque la tumeur qui se présente libre, mobile, et dans de bonnes conditions pour une opération idéale.

Réparation par entérorraphie termino terminale très facile.

Fermeture de la paroi sans drainage.

Suites extrêmement simples.

Le 25 juin une radiographie prise par M. Declercq montre le transit parfait. Quitte le service le 26 juin 1920.

L'examen histologique a montré un épithéliome colloïde. A l'examen de deux ganglions on a trouvé de l'hyperplasie folliculaire, sans métastase.

La malade est revue le 22 septembre 1920. Il y a une récurrence sous forme d'une masse qui s'est développée dans le foyer opératoire et une autre dans le flanc gauche. Décès au bout d'un an.

Obs. VI. — CANCER DU CÔLON TRANSVERSE. — Pas de rétention.

Colectomie intrapéritonéale en un temps. Entérorraphie circulaire. Guérison. Durée du traitement un mois.

M. G. Sid..., âgé de 57 ans, entre dans le service du Dr Lapointe à l'hôpital Saint-Antoine le 18 juin 1930 pour des douleurs abdominales à type de coliques.

Le début de l'affection semble remonter au mois de dé-

cembre 1929, mais on constate déjà antérieurement une constipation continue. Le malade qui allait à la selle régulièrement n'y va plus qu'à l'aide de laxatifs.

En mars 1930 première crise d'obstruction, arrêt des matières pendant trois jours, mais les gaz passent librement ; un lavement et une forte purge à l'huile de ricin rétablissent le cours des matières au quatrième jour. Après cette crise le malade a commencé à souffrir de temps en temps de coliques. Au début du mois de juin les coliques deviennent très douloureuses et obligent le malade à rentrer dans le service. Jamais de sang macroscopiquement constaté dans les selles.

A l'examen lors de son entrée, on trouve à la palpation du ventre une tumeur au-dessus de l'ombilic, occupant le côlon transverse. La pression à ce niveau est douloureuse et détermine toujours des nausées.

Le toucher rectal est négatif.

Examen radioscopique : Le lavement opaque s'arrête à l'union du tiers droit et du tiers moyen du côlon transverse ; au niveau de la zone d'arrêt on constate des irrégularités lacunaires. Le côlon ascendant est très distendu en amont de la tumeur.

Opération le 20 juin 1930 (M. Lapointe) sous rachianesthésie à la stovaïne.

Laparotomie sus-ombilicale. On trouve un néoplasme en forme de ficelle, bien mobile, sur le côlon transverse. Après décollement colo-épiploïque, on voit deux ganglions le long de l'arcade colique. Résection d'un segment de côlon sur 15 centimètres, avec un peu de méso-côlon. Réparation bout à bout par entérorraphie circulaire.

Examen histologique : Cancer à cellules cylindriques typique.

Résultat tardif : Revu en 1932, bon fonctionnement intestinal ; pas de signes de récidence. Engraissé de huit kilogrammes.

Obs. VII. — CANCER DU CÔLON TRANSVERSE. — *Pas d'obstruction. Résection intrapéritonéale en un temps. Guérison.*

Mme R..., 37 ans, ménagère, entre à l'hôpital St-Antoine,



FIG. 8. — Cancer du transverse moyen (obs. n° 7). A remarquer un arrêt presque complet du lavement baryté et quelques irrégularités lacunaires.

service de notre maître M. le Dr Lapointe, le 12 avril 1931.

La malade s'est toujours bien portée jusqu'aux cinq derniers mois où elle commença à souffrir de constipation et de douleurs abdominales au niveau de la région épigastrique.

Depuis quatre mois environ, les selles sont difficiles et la malade est sujette de plus en plus souvent à des crises de colique. Elle est obligée de prendre soit des lavements, soit des laxatifs, pour aller à la selle. Elle a remarqué aussi quelquefois, du sang dans les fèces.

Aucun antécédent pathologique.

Actuellement la malade est encore solide ; la température est à 37°2 ; le pouls régulier et bien frappé ; l'abdomen est légèrement ballonné. La palpation profonde détermine une douleur légère au niveau du creux épigastrique, mais on ne sent aucune masse tumorale.

Les touchers rectal et vaginal sont négatifs.

L'examen radiographique après préparation (fig 8) nous a permis de confirmer l'existence d'un néoplasme du transverse que la clinique pouvait permettre de soupçonner. A l'examen sous écran, nous constatons que le lavement opaque s'arrête à la partie moyenne du côlon transverse. Au niveau de la zone d'arrêt il existe des irrégularités lacunaires. Le descendant se montre très distendu. Enfin, en amont de la zone rétrécie, l'intestin n'est pas dilaté.

Examens pré opératoires. Urée sanguine : 0 gr. 35 ; coagulabilité du sang : 7 minutes. Ni sucre, ni albumines dans les urines. Vaccination pré-opératoire aux lysats vaccins du Dr Duchon.

Opération le 15 avril 1931 (M. Lapointe), sous anesthésie rachidienne.

Laparotomie médiane sus-ombilicale. Tumeur dure, très mobile, sur le milieu du transverse. Elle se présente bien pour une coléctomie en un temps. On la résèque en dehors du ventre sur une longueur de 15 centimètres d'intestin. On

rétablit la continuité colique par une entérorraphie termino-terminale. Fermeture de la paroi en trois plans.

Suites opératoires immédiates. La température reste d'abord normale pendant 10 jours, puis monte à 38°. Aucune complication n'est d'abord à signaler. Mais au 15^e jour ascension de la température à 39°, et on s'aperçoit qu'il existe un phlegmon profond qui soulève la paroi au niveau de l'incision. A la partie supérieure de celle-ci, issue d'un liquide purulent, très épais et fétide, sans qu'il y ait cependant fistule stercorale. Des irrigations au Dakin tarissent la suppuration en 20 jours.

La malade quitte l'hôpital le 6 juin 1931 en très bon état. Revue six mois après l'opération, elle a engraisé de 12 kg. ; elle a très bon appétit ; ne souffre plus ; va à la selle régulièrement.

Examen histologique de la pièce (M. Cain) : épithélioma cylindrique typique, nombreuses mitoses et atypies nucléo-protoplasmiques.

Obs. VIII. — CANCER DU CÔLON TRANSVERSE (tiers moyen). —

Obstruction intestinale. Cœcostomie. Colectomie intrapéritonéale en un temps avec réparation par colo-colorraphie latéro-latérale. Guérison opératoire.

Mme Jum..., femme âgée de 72 ans qui fut admise à l'hôpital Saint-Antoine, service de M. le D^r Lapointé, pour une obstruction intestinale chronique datant de quelques semaines. L'affection a débuté il y a trois mois, le 3 janvier par des signes dyspeptiques vagues, dyspepsie, anorexie, digestions lentes et douloureuses.

Le 7 février, Mme Jum..., fait une crise de subocclusion, se traduisant par des douleurs abdominales violentes, douleurs en barre, surtout nocturnes, avec sensation de contractions abdominales ; soulagée par des bruits gazeux ; ballonnement du ventre. La malade n'eut pas de selles jusqu'au 4^e jour à l'aide d'un lavement.

Avant le 7 février, la constipation était habituelle. La malade n'allait à la selle qu'avec des laxatifs et des lavements ; elle rendait alors des matières en forme de « crottes » ; mais elle n'avait pas maigri. Au contraire depuis sa première crise de subocclusion il s'est établi un amaigrissement progressif et on constate un teint sub-ictérique.

L'examen de l'abdomen permet de constater une tumeur dans l'épigastre, vers la moitié gauche, du volume d'une noix, régulière, peu mobile, douloureuse à la palpation profonde. La tumeur siège sur le côlon transverse.

L'examen des autres organes ne montre aucune trace de métastase, pas d'ascite.

Les touchers rectal et vaginal pratiqués sont négatifs.

Azotémie à 0 gr. 45. Temps de coagulation : 7 minutes. Tension artérielle au sphygmomanomètre de Pachon 17.8. Urines normales.

La radiographie, après lavement baryté (fig. 9) permet de constater sur la portion médiate du transverse, l'existence d'un défaut de remplissage total sur une longueur de trois travers de doigts environ.

Le 7 avril 1931, on pratique sous anesthésie locale une cœcostomie. Incision iliaque droite de 8 centimètres, à deux travers de doigts de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Le cæcum est très distendu. On ne peut pas au cours de l'opération confirmer le siège du néoplasme.

On fixe une bosselure cæcale au péritoine par un surjet au catgut. On attire la bosselure herniaire avec deux pinces de Chaput. On faufile en bourse un fil de lin n° 0 et on fait un petit orifice au milieu de la bourse, dans lequel on a mis une sonde de Pezzer.

Suites. Les matières et les gaz sortent en grande abondance. Le ventre redevient souple. La malade a quelques gaz par en bas après déballonnement, mais elle n'a pas eu de selle par l'anus normal.

L'infection du foyer de la cœcostomie n'a permis de faire l'opération radicale qu'au bout de 2 mois 1/2.



FIG. 9. — Cancer du transverse moyen (obs. 8). On remarque un défaut complet de remplissage sur un segment, de trois travers de doigt, environ.

Vaccination pré-opératoire au lysats vaccin du Dr Duchon 7 jours avant l'opération, 1 cem³ sous la peau par jour.

Opération. Colectomie en un temps le 30 juin 1931,

sous anesthésie rachidienne à la percaïne (M. Lapointe).

Laparotomie para-médiane gauche. On trouve une tumeur néoplasique siégeant à peu près au milieu du côlon trans-



FIG. 10. — Cancer du transverse moyen (obs. 8) (Pièce opératoire du Dr Lapointe). A remarquer une large résection épiploïque.

verse qui n'est pas long. Le méso est très gras et le côlon présente de nombreux appendices épiploïques. La première anse jéjunale à 6 centimètres de l'angle duodéno-jéjunale

adhère à la face postérieure du méso-côlon. Après l'avoir libérée, on trouve sur cette anse une perforation lenticulaire et quelques ganglions dans la racine du mésentère, qui ne paraissent pas de nature cancéreuse. On ferme la petite perforation en deux plans au catgut fin, On procède alors an

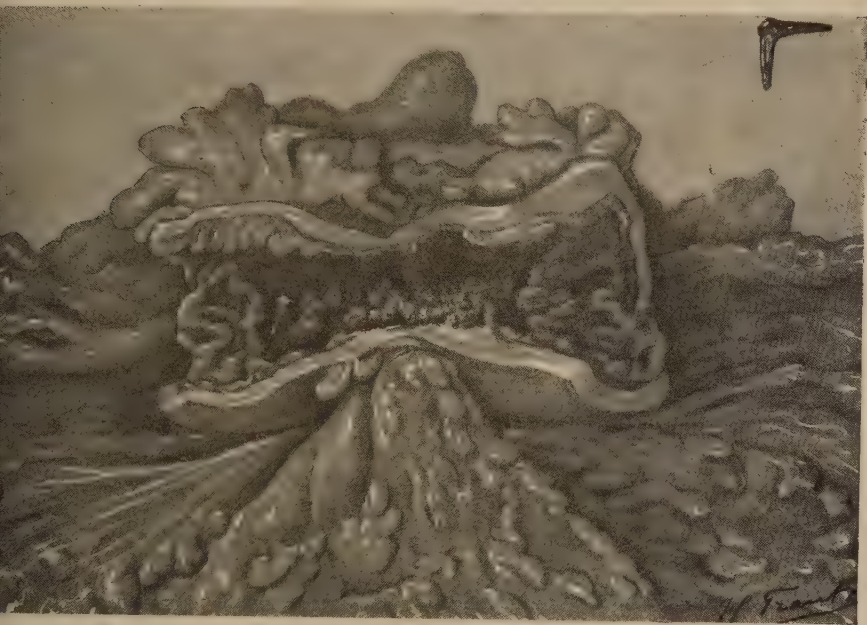


FIG. 11. — *Cancer du transverse moyen*. Pièce opératoire du Dr Lapointe (obs. n° 8). Le segment colique réséqué a été ouvert sur son bord antérieur ; on voit une vaste ulcération ; des bourgeons néoplasiques qui forment une tumeur annulaire. A noter que la section de l'intestin a porté sur une distance suffisante de chaque côté de la tumeur.

décollement colo-épiploïque en commençant dans la région des angles. Le segment du transverse cancéreux est enlevé avec la plus grande partie du grand épiploon. A cause de nombreux appendices épiploïques et de l'incongruence des bouts : Le bout afférent est trois fois plus gros que le bout

efférent, on renonce à la réparation par anastomose termino-terminale. On a heureusement malgré la brièveté du transverse, assez de jeu pour faire la réparation par colorraphie latéro-latérale. Fermeture de la paroi en trois plans. Pas de drainage.

Examen de la pièce (fig 10). Le segment de l'anse extirpée présente une longueur de 15 centimètres. Macroscopiquement, il existe une lipomatose assez marquée au niveau du méso. La tumeur occupe une longueur de 5 centimètres sur l'intestin, elle est en forme de ficelle.

Une section longitudinale de la lumière intestinale (fig. 11) permet de voir une large ulcération. L'examen histologique a montré un épithélioma cylindrique ; la paroi intestinale est entièrement envahie jusqu'à sa tunique sous-séreuse, avec nombreuses mytoses et atipies cellulaires. Un ganglion relevé dans le méso colon-transverse ne montre que des réactions inflammatoires banales.

Suites : Le 21 juin la malade rend des gaz par l'anus, mais pas de matières. L'anus cæcal assure la dérivation. Le 26 juin la température monte à 38°3 et on constate l'existence d'un phlegmon gangreneux de la paroi, suivi d'une fistule stercorale large, donnant issue à des matières liquides et à du pus abondant venant de la profondeur. Quelques fils de lin s'éliminent, très probablement par déhiscence de la colo-colorraphie.

Pas de matières par l'anus, mais les gaz continuent à passer. On obtient la désinfection de la plaie pariétale par une irrigation de 20 jours au liquide de Dakin. Les selles reprennent leur trajet normal au bout de deux semaines. L'état général est devenu satisfaisant.

L'anus cæcal ne se formant pas spontanément à cause de sa largeur et d'une légère infection de l'orifice, l'opération complémentaire de la fermeture de cet anus est retardée jusqu'au 6 novembre 1931, sous anesthésie générale à l'éther ; on procède par la méthode intrapéritonéale.

Suites opératoires. — Le 9 novembre, des gaz passent par l'anus la température monte à 38°4. Le 11, on est surpris de constater la reformation d'une fistule stercorale au niveau de l'incision de la colectomie, par laquelle sortent les matières, tout en continuant à passer par l'anus. La fistule se referme au bout de quelques jours, et le 22 novembre les matières ont repris complètement leur trajet normal. Le 25 novembre la plaie médiane est de nouveau complètement cicatrisée.

La malade quitte l'hôpital le 20 décembre 1931 en très bon état et avec un bon fonctionnement intestinal. Va très bien en février 1932.

Obs. XI. — CANCER DU SIGMOÏDE. — *Obstruction chronique complète. Fistule cæcale. Colectomie intrapéritonéale en un temps. Cinq semaines plus tard mort de congestion pulmonaire.*

M. Lec..., âgé de 64 ans ; est entré dans le service de M. Lapointe à l'hôpital Saint-Antoine le 13 février 1931.

Il a été toujours très constipé et a eu souvent du sang dans les selles. Etat de rétention chronique complète depuis quelques jours. Cependant on arrive à évacuer son intestin avec un grand lavement.

L'examen radiographique confirme un obstacle sur le sigmoïde.

On se propose d'opérer en un temps, mais quelques jours avant l'opération radicale, le malade fait une crise d'occlusion incomplète : Météorisme très accentué, quelques anses grêles dessinées sous la peau. Dans ces conditions on pratique d'urgence une fistule cæcale.

Suites : Le ventre redevient souple. Le malade a de nouveau quelques selles par le rectum après déballonnement du ventre. Après déballonnement la palpation méthodique de l'abdomen ne découvre aucun obstacle.

Opération le 31 mars 1931, sous anesthésie à l'éther,

Laparotomie latérale gauche. On trouve un carcinome annulaire sur l'origine du côlon pelvien, avec grosse dilatation sus-stricturale et la paroi colonique très épaissie, mais peu œdématisée. On décide une résection en un temps, avec restauration directe, sans dérivation. Décollement pariétal de l'anse sigmoïde sur une longue étendue. Résection de la tumeur. Implantation latérale du bout supérieur colique dans le bout inférieur. Le bout à bout a été impossible à cause de la discordance de calibre. Les sutures de l'anastomose ne sont pas impeccables à cause de la friabilité du côlon distendu.

Suites opératoires : Le 2 avril les matières passent par l'anus normal ; température à 38°3 ; pouls fréquent ; langue humide. Le 3 avril forte congestion pulmonaire. Décès le 4 avril.

Colectomies intrapéritonéales en deux temps inachevées

Obs. X. — CANCER DE L'ANGLE ILÉO-CÆCAL. — *Exclusion unilatérale. Réparation par anastomose iléo-transverse. Survie de 4 mois.*

M. Vinc..., âgé de 77 ans, agriculteur. Entre dans le service du Dr Lapointe à l'hôpital Saint-Antoine le 22 mars 1927 pour des douleurs abdominales.

Il est entré cliniquement dans sa maladie il y a un an par des coliques qui survenaient plusieurs fois dans la journée et dont le maximum d'intensité était une heure après le repas du soir. Les douleurs débutaient au niveau de la fosse iliaque droite, puis se propageaient à tout l'abdomen ; elles se répétaient quelquefois dans la journée, moins souvent la nuit, et ne s'accompagnaient jamais de vomissements.

Par le régime lacté et la prise de lavement le malade avait des périodes de rémission. Il persistait cependant une sorte

de malaise abdominal, qui était soulagé à la suite de crises diarrhéiques. Jamais le malade n'a constaté la présence de sang dans les selles. On ne trouve rien à signaler dans les antécédents.

A l'examen, on se trouve en présence d'un malade très amaigri, qui se plaint de douleurs dans le flanc droit et dans la région épigastrique, le ventre est légèrement ballonné.

A la palpation on trouve au niveau de l'hypochondre droit une tumeur dure, bosselée, peu mobile, sensible à la pression. Pas de modification de la sonorité au niveau de la tumeur. L'examen radiographique montre un néoplasme siégeant sur le cæcum. Celui-ci est très haut situé.

Opération le 29 mars 1927. Rachianesthésie (M. Lapointe) laparotomie transversale.

On libère quelques adhérences épiploïques. On constate alors que l'iléon est très dilaté et œdématié. Au niveau de l'angle iléo-cæcal on trouve une tumeur bosselée et soudée au péritoine postérieur. Dans le méso il existe une grosse masse ganglionnaire du volume du poing qui adhère intimement à la tumeur.

On abandonne toute idée d'iléo-colectomie idéale en un temps et même d'une extériorisation. On pratique ce qui paraît le moins grave : *une exclusion unilatérale*. Pour cela : on sectionne l'iléon à 20 cm. du cæcum, on ferme les deux tranches et on anastomose le bout proximal au côlon transverse. C'est-à-dire *une dérivation interne*.

La rachi-anesthésie a été excellente, le malade a dormi pendant l'opération.

Examen histologique : épithélioma typique.

Suites opératoires : Dans les premiers jours la température monte à 38°5, le pouls reste bon. Au 5^e jour désunion de la paroi et suppuration fétide par la plaie ; des irrigations au Dakin arrivent à tarir la suppuration au bout de trois semaines. Cependant le malade se cachectise progressivement et meurt quatre mois plus tard.

Obs. XI. — CANCER DU CÆCO-ASCENDANT. — *Exclusion unilatérale : 1^{re} opération d'une colectomie intra-péritonéale en deux temps ; 2^e opération, 30 jours plus tard, palliative.*

Mme Coit..., âgée de 67 ans, est entrée dans le service de notre maître M. le Dr Lapointe, le 10 août 1927 pour des troubles intestinaux.

L'interrogatoire de la malade nous apprend qu'elle se plaint depuis trois mois de douleurs abdominales accompagnées d'alternatives de constipation et de diarrhée.

Trois semaines avant son entrée, la malade a eu une crise de douleurs abdominales, au maximum d'intensité dans le flanc droit. Pendant cette période elle a eu des vomissements alimentaires assez nombreux et n'a pas été à la selle. Par les lavements cette crise cessa au bout de quatre jours.

A l'examen, on se trouve en présence d'une malade très amaigrie, qui accuse de la faiblesse et de la fatigue au moindre effort. Cette faiblesse est déterminée autant par son affection que par l'anorexie dont elle souffre depuis le début de sa maladie intestinale.

A l'inspection l'abdomen est peu ballonné. Sa percussion révèle une sonorité discrète. Au palper on sent une grosse tumeur siégeant au niveau du cæcum. Cette tumeur légèrement sensible à la pression, est *dure, fixe et allongée transversalement*. On diagnostique néoplasme du cæcum. Les toucher rectal et vaginal ne donnent aucun renseignements.

Intervention le 20 août 1927. Anesthésie rachidienne à la stovaïne 0 gr. 05. Laparotomie latérale droite.

On trouve une grosse tumeur néoplasique sur le cæcum et l'origine de l'ascendant. Elle adhère assez solidement aux anses grêles. Il y a de nombreux ganglions, très hypertrophiés dans le méso. L'exérèse semble contre-indiquée. On se contente de faire *une exclusion unilatérale* : on sectionne l'iléon à 15 centimètres du cæcum et on fait une iléo-transversostomie au bouton de Jaboulay. On renforce l'anasto-

mose par un surjet au catgut 00. Fermeture de la paroi en deux plans, avec drainage.

2^e intervention le 10 septembre. Anesthésie à l'éther.

L'extirpation de l'anse malade est impossible. La tumeur très étendue, adhère au méso et est soudée à la paroi abdominale postérieure. Cette opération s'est limitée à une simple exploration. Fermeture totale de la paroi. On n'a pas pu depuis avoir des nouvelles de la malade.

Obs. XII. — SIGMOÏDE. — *Occlusion chronique incomplète. Anastomose iléo-sigmoïdienne. Mort.* M. LAPOINTE (1920).

Mme Car..., 43 ans, est amenée par un de mes élèves à la maison de santé des Diaconèses le 24 septembre 1920. Femme obèse, soignée depuis plusieurs semaines pour troubles digestifs.

Les premiers signes intestinaux nets remonteraient à environ 6 semaines. Depuis trois jours, il n'y a pas eu d'évacuation des matières, mais les gaz passent encore. Météorisme avec péristaltisme visible. Toucher rectal négatif. Le palper abdominal ne permet pas de trouver l'obstacle.

Un examen radioscopique après repas opaque montre des anses grêles dilatées avec niveau liquide. Le côlon n'est pas visible. Le radiographe pense à un obstacle sur le grêle.

Laparotomie exploratrice le 28 septembre. Ether. Enorme distension du transverse, du côlon droit et même de l'appendice. On découvre sur la branche supérieure du sigma, une tumeur fixée à la fosse iliaque. L'extirpation d'emblée n'est pas à tenter.

Au lieu d'un simple anus artificiel, je pratique une anastomose entre la fin du grêle et la partie inférieure de l'anse sigmoïde, sans exclusion. Un gros tube de caoutchouc introduit par l'anus, est poussé dans le grêle jusqu'au dessus de l'anastomose. Emission immédiate et abondante de gaz par le tube. Fermeture pénible du ventre. Décès quinze heures après l'intervention.

Colectomie extrapéritonéale en deux temps ou extériorisation

Obs. XIII. — CANCER DU CÆCUM. — *Extériorisation. Guérison opératoire. Mort récidive après 5 ans.* M. LAPOINTE (1907).

M. R..., 42 ans, négociant. Les premiers symptômes intestinaux sont apparus dans les débuts de 1907 : coliques, crises de diarrhée sanguinolentes. Amaigrissement.

Vers le milieu de novembre 1907, occlusion complète avec vomissements ; coliques et borborygmes. Selles diarrhéiques abondantes, spontanées, après deux jours d'arrêt des matières et des gaz.

Nouvelle crise d'occlusion complète le 12 novembre avec vomissements. Le Dr Sergent appelé en consultation par le médecin traitant, conseille une intervention chirurgicale.

Je vois le malade le 16 décembre 1907, depuis la veille il y eu émission de gaz et quelques heures avant mon examen une évacuation abondante de matières liquides

Néanmoins le ventre est encore météorisé, et il y a du péristaltisme bien visible.

On sent dans la fosse iliaque droite une masse mobile, qui paraît presque aussi grosse que le poing.

Le 20 décembre 1907, scopolamine, morphine, chloroforme. Incision à travers la gaine du droit. La fin du grêle est aussi grosse que mon poignet ; ses parois sont épaissies, œdématisées. Le fond du cæcum et la terminaison de l'iléon constituent une masse plus grosse que le poing, mais non adhérente. Je décide l'extirpation par extériorisation. Le décollement iléo-cæcal se fait facilement. Après section du méso à la façon de Mikulicz, je peux amener hors du ventre environ 40 centimètres d'anse iléo-cæcale. Fermeture du péritoine autour des deux branches et suture de la paroi en trois plans. Section de la masse extériorisée au bout de 24 heures.

Pendant les trois premiers jours, état inquiétant malgré

évacuation abondante des matières. Mais à partir du 5^e jour, la situation est satisfaisante.

Les suites ont été troublées par un peu de sphacèle marginal du bout iléal qui fit craindre sa réduction spontanée dans le ventre. Cet incident provoqua seulement l'infection et la désunion des téguments. Sans attendre la cicatrisation complète, je pose l'entérotome de Dupuytren le 2 janvier 1908, soit 25 jours après l'extériorisation.

Gaz par l'anus le 7 janvier, chute de la pince le 9. Selle par l'anus le 9. Mais la plus grande partie des matières sort par l'anus contre nature.

Le 20 janvier : nouvelle application de la pince entérotome, l'éperon n'étant pas complètement détruit. Elle ne tombe que le 8^e jour. Le débit de l'anus contre nature se réduit progressivement ; les téguments périphériques sont suffisamment sains pour permettre la fermeture de l'anus le 13 février, qui est faite par la méthode extra-péritonéale. Une brèche accidentelle dans le péritoine a été fermée aussitôt. Deux plans sur l'intestin. La muqueuse a été rebroussée sans être traversée par les sutures.

Une fistulette s'est formée spontanément en six semaines.

Cancer à point de départ dans la valvule, avec invagination de quelques centimètres de l'iléon et de l'appendice. Les ganglions examinés n'étaient pas cancéreux.

Malade revu en excellent état le 1^{er} janvier 1910 : a engraisé de 21 kilogs. Mort de récidence en 1912.

Obs. XIV. — CANCER DE L'ANGLE ILÉO-CÆCAL. — *Extériorisation d'emblée. Occlusion complète. Mort.*

Mme Cur..., âgée de 56 ans, entre dans le service de M. le Dr Lapointe à l'hôpital St-Antoine le 5 janvier 1928, en état d'occlusion encore incomplète, datant de deux jours. Pas d'antécédents morbides.

Depuis six mois la malade est constipée. Cette constipation

s'est accentuée progressivement et est devenue rebelle aux laxatifs ; elle alterne avec des crises diarrhéiques, mais pas de sang dans les selles. Anorexie et amaigrissement depuis le début de ces troubles.

A l'examen : malade très fatiguée, a perdu ses forces : on constate l'existence d'un péristaltisme du grêle assez marqué. La palpation ne découvre pas de tumeur à cause du météorisme ; quelques gaz passent encore, mais pas de matière depuis deux jours. L'examen radioscopique, après lavement au sulfate de baryte fait constater un côlon normal alors qu'on soupçonnait un néoplasme sur le côlon gauche.

Opération le 7 janvier 1928, sous anesthésie à l'éther. Incision médiane: on trouve après ouverture, des anses grêles distendues, au niveau du cæcum existe un néoplasme sous la forme d'une masse dure, très adhérente à la fosse iliaque, empiétant sur l'iléon.

On se propose de faire une extériorisation de l'angle iléo-cæcal, siège de la tumeur. La mobilisation devient très difficile à cause de l'incision médiane ; une anse grêle adhérente à la tumeur est déchirée pendant la manœuvre de décollement, et des matières fécales très liquides viennent inonder le champ opératoire. On extériorise l'anse au niveau de la partie supérieure de l'incision et on applique un tamponnement de Mikulicz dans la fosse iliaque droite. L'intestin très distendu fut rentré très péniblement et après expression. Résection de l'anse extériorisée 48 heures après (le 9 janvier). Le 14 grosse infection et désunion de la paroi. On établit une irrigation discontinue au Dakin. Mort le 18 janvier. Examen histologique de la pièce : épithélioma cylindrique.

Obs. XV. — CANCER ANGLE COLIQUE DROIT, AVEC PÉRICOLITE SUPPURÉE PAR PERFORATION. — *Extériorisation d'emblée. Mort post-opératoire.* M. LAPOINTE (1922).

Mme C..., 73 ans, est soignée par le Dr Ch. Gandy depuis

15 jours pour une tuméfaction sous-hépatique formant plastron. Température entre 38 et 39. Syndrome de subocclusion.

Je la vois avec son médecin le 6 décembre 1922. Langue sèche ; n'a pas vomi et a eu des gaz par l'anus. A eu une selle glaireuse l'avant-veille. Nous pensons à une cholécystite calculieuse probable avec péricholécystite suppurée, et j'opère le lendemain dans le dessein de faire une incision de la vésicule et du foyer périvésiculaire. Incision parallèle au rebord costal, sous éther. L'angle colique droit et l'épiploon sont adhérents au foie et masquent la vésicule. La libération amène un flot de pus d'odeur fécaloïde. La vésicule est saine. Mais il y a une tumeur perforée du côlon, un peu au-dessous de l'angle droit.

Je libère l'anse iléo-cæcale et l'ascendant et j'extériorise toute la masse jusqu'à l'origine du transverse, et, avant de fermer le ventre, je place dans la loge sous-hépatique, un gros drain et plusieurs mèches. Décès 48 heures après l'intervention.

Obs. XVI. — CANCER DU CÔLON TRANSVERSE PROPAGÉ A L'ESTOMAC. — *Pas d'obstruction. Extériorisation. Fermeture intrapéritonéale de l'anus. Guérison. Survie de 5 ans.*

Mme Sus..., 58 ans, ménagère, entre à l'hôpital Saint Antoine service du Dr Lapointe le 29 août 1923, pour des troubles gastro-intestinaux.

La malade a été prise, il y a environ cinq mois d'une crise de douleurs abdominales accompagnées de vomissements. Cette crise cessa spontanément.

En avril 1923, nouvelle crise analogue, et, par la suite, les accidents du même ordre se répètent fréquemment, séparés par des périodes plus calmes. Cependant il existe constamment de la pesanteur au niveau du creux épigastrique, surtout après les repas. Anorexie élective pour les graisses. La malade est constipée et souffre de coliques en allant à la selle. Jamais de sang dans les matières.

A l'examen, l'abdomen est un peu distendu, souple. A la palpation on constate l'existence d'une grosse tumeur dure, peu mobile, qui adhère à la paroi abdominale, au niveau de l'ombilic.

Première opération le 3 septembre 1925. Anesthésie au mélange de Schleich. Laparotomie médiane sus et sous-ombilicale. A l'ouverture du péritoine on trouve une masse qui lui adhère. Celle-ci est formée d'épiploon ratatiné et en voie de suppuration. En soulevant l'épiploon on constate l'existence d'un cancer du côlon transverse qui lui adhère et qui est accolé à la grande courbure près de l'antra pylorique. En pratiquant le décollement colo-épiploïque vers la gauche, on peut pénétrer facilement dans l'arrière-cavité des épiploon et décoller en partie l'estomac. Mais la grande courbure fait intégralement partie de la masse tumorale ; on la résèque et l'on ferme l'estomac. La tumeur étant ainsi libérée de ses adhérences, on sectionne les vaisseaux coliques et un coin du méso-côlon, ce qui permet d'extérioriser l'anse néoplasique sur une longueur de 20 centimètres. On accole les deux branches de l'anse en canon de fusil et on ferme la paroi autour de celle-ci. On résèque alors la masse tumorale et on place une sonde de Pezzer dans le bout afférent de l'anus ainsi pratiqué

Deuxième opération le 12 novembre. Fermeture de l'anus contre nature. Anesthésie au mélange de Schleich. On dégage facilement les deux bouts intestinaux, et on pénètre tout de suite dans la cavité abdominale. En présence d'un défaut complet de « congruence » des deux bouts, on abandonne l'idée d'une réparation par anastomose circulaire et on fait une anastomose latéro-latérale après avoir fermé par un double plan de suture les deux bouts de l'anus. On accole ensuite l'un à l'autre les deux moignons par un surjet séro-séreux. Suture totale de la paroi en deux plans : catgut et crins. Suites opératoires parfaites.

La malade quitte le service le 28 novembre en bon état.

Bon fonctionnement intestinal. Morte en décembre 1930 d'une affection pulmonaire.

Obs. XVII. — CANCER DU CÔLON DESCENDANT. — *Pas d'obstruction. Extériorisation d'emblée. Résection de l'anse 8 jours plus tard. Fermeture intrapéritonéale de l'anus. Guérison.*

Mme Nic. ., 47 ans, concierge, entre à l'hôpital Saint-Antoine, salle Lisfranc, service du Dr Lapointe le 12 août 1926, pour une constipation opiniâtre.

Depuis trois mois environ la malade ressentait des coliques avec sensation de torsion dans la fosse iliaque gauche, particulièrement accentuées deux heures environ après les repas. Pas d'autres troubles fonctionnels, pas de diarrhée, pas de sang dans les selles macroscopiquement.

Le 1^{er} juillet 1926, la malade a été prise de douleurs violentes, généralisées dans tout l'abdomen et accompagnées de quelques vomissements bilieux. Un médecin, appelé, soigne la malade pour embarras gastrique et lui prescrit des cataplasmes sur le ventre. Deux jours après cette crise, la malade n'ayant pas été à la selle est obligée de prendre une purgation qui est suivie de selles.

A l'examen, l'abdomen est légèrement ballonné, et la palpation dénote l'existence d'une tumeur dans la région correspondante au côlon descendant, de la grosseur d'une mandarine, située près de l'angle splénique. Cette tumeur est peu sensible à la pression et peu mobile. Le toucher rectal ne montre rien, pas plus que le toucher vaginal. L'état général est bon, pas de fièvre, pouls bien frappé à 80. Aucun signe de métastase des organes.

Intervention le 20 août 1926 (M. Lapointe) sous rachi-anesthésie. Incision transversale gauche au-dessus de l'ombilic. Le ventre ouvert on trouve une grosse tumeur du côlon descendant, au-dessous de l'angle splénique. On commence par libérer certaines adhérences inflammatoires entre la tumeur

et le transverse. Ceci fait, on libère l'anse néoplasique en faisant le décollement colo-pariétal et en sectionnant le ligament colo-phrénique sur une compresse traversant le méso au-dessus de l'arcade vasculaire. Il est possible alors de sortir hors du ventre le segment colique malade. L'anse ainsi extériorisée est fixée à la paroi, après avoir accolé les deux pieds en canon de fusil, par un double rang de sutures. La brèche de la paroi est fermée de chaque côté.

Le 28 août, sans anesthésie, résection au ras de la peau de toute la masse extériorisée ; hémostase minutieuse. On réunit en grande partie, les deux bouts de l'intestin ne laissant qu'une ouverture antérieure correspondant à la moitié de la circonférence de l'intestin, et dont les bords sont suturés à la peau.

Suites simples. La malade à partir de ce moment se remonte très rapidement. Elle reste pendant un mois avec l'anus contre nature.

Le 28 septembre on pratique la fermeture de l'anus. On emploie le procédé habituel, sous anesthésie rachidienne. On circonscrit l'anus par une incision elliptique, on suture les lèvres de cette incision par dessus l'orifice cutané de l'anus. On pénètre prudemment dans la cavité péritonéale. On libère facilement l'anse fixée à la peau, sur une étendue suffisante pour la sortir hors du ventre. On ferme alors la brèche colique (après avoir réséqué l'orifice anal) par un premier surjet total au fil de lin 00, un deuxième surjet séro-séreux d'enfouissement, et un troisième simplement au catgut. Réfection de la paroi en trois plans. Pas de drainage.

Suites remarquablement simples. Les gaz passent par en bas le troisième jour. Purge le 8^e jour sans incident. Quitte l'hôpital le 18 octobre, son intestin fonctionnant bien. A été revue en très bon état en décembre 1931.

Obs. XVIII. — CANCER SUPPURÉ DE L'S ILIAQUE. *Collection purulente fécaloïde du petit bassin. Extériorisation. Mort au 15^e jours.*

M. Ort..., chauffeur, âgé de 53 ans, entre dans le service du Dr Lapointe, envoyé par le Dr Bensaude le 3 octobre 1922 pour obstruction intestinale chronique.

Depuis six mois environ, le malade ressent des coliques abdominales qui surviennent par crises. Depuis trois mois ces douleurs se sont localisées à la région hypogastrique, et une constipation continue s'est établie. Fièvre depuis un mois. Gros amaigrissement. Le malade a constaté des hémorragies rectales de sang rouge depuis deux mois. A l'examen, l'abdomen est plat, pas d'obstruction réelle, amaigrissement très accentué. Température à 39°. Au palper bimanuel on sent une énorme masse dure, douloureuse et fixée, remplissant le petit bassin.

Le toucher rectal est douloureux, mais ne révèle rien. On porte le diagnostic de cancer du côlon sigmoïde, compliqué d'infection périnéoplasique.

Le plan opératoire est de faire une opération en deux temps : 1^o iléo-sigmoïdectomie ; 2^o résection sub-totale.

Opération le 12 octobre 1922. Anesthésie rachidienne à la stovaïne. Laparotomie médiane sous-ombilicale. On trouve d'abord des adhérences grêles et épiplo vésicales. En libérant ces adhérences on pénètre dans le petit bassin qui est rempli de pus fécaloïde. On trouve ensuite une masse cancéreuse sur l'S iliaque, au-dessus du sommet, très adhérente à la partie gauche du petit bassin. On la mobilise avec peine, mais on arrive cependant à faire une extériorisation typique par une contre incision dans la fosse iliaque gauche. Drainage et tamponnement du petit bassin par l'incision médiane.

Le 18 octobre résection de l'anse extériorisée.

Suites opératoires. L'infection du petit bassin persiste. Le malade se cachectise. Escharre sacrée. Phlegmon gangréneux de la fesse. Mort le 27 octobre.

Obs. XIX. — CANCER SIGMOÏDE. — *Extériorisation d'emblée. Guérison. Survie depuis 9 ans.* M. LAPOINTE (1922).

M. D..., 53 ans, banquier, vu le 7 juillet 1922 à Garches, pour selles sanglantes dont la première apparition aurait eu lieu il y a près d'un an. Malade amaigri, se plaignant de constipation, traité jusqu'alors par des lavements et des purgations.

En février 1922, a subi un examen radiologique et on me montre une radiographie après lavement opaque : je constate une image lacunaire au niveau du sigma, dont il n'est pas fait mention dans le rapport du médecin radiologue. Le cæcum est clapotant, stase modérée sans péristaltisme visible. Le toucher rectal combiné au palper sus-pubien ne permet de sentir à travers la paroi rectale, dans le bassin à gauche de la ligne médiane, une masse douloureuse.

Opération le 15 juillet 1922 à la maison de santé des Diaconesses. Anesthésie à l'éther après rachianesthésie insuffisante.

L'anse sigmoïde, longue et mobile, plonge dans le pelvis. Je trouve, un peu au-dessous de son sommet, une masse comme un œuf, parfaitement mobile. La résection en un temps serait relativement facile, mais je ne me laisse pas tenter et je pratique l'extériorisation. Après libération du méso, j'attire au dehors un segment d'environ 20 centimètres portant la tumeur en son milieu. Ablation du segment extériorisé le 4^e jour. Pour amorcer la communication j'ai sectionné le jour même à peu près trois centimètres l'éperon et suturé les deux branches de la section. La fermeture de l'anus est remise à mon retour de vacances.

Le 11 septembre, application de l'entérotome,

15 septembre, chute de la pince, deux selles par l'anus.

25 septembre, fermeture extrapéritonéale. J'ai réussi à ne pas ouvrir le péritoine pendant la libération de l'orifice.

27 septembre, 38°5, rougeurs, ablation de trois crins. Il y a émission de gaz par l'anus normal.

28 septembre, désunion complète des téguments et désunion partielle de la suture intestinale.

La fistule s'est fermée en six semaines, après quelques séances de destruction de la muqueuse du thermo cautère. Epithélioma cylindrique. Les ganglions examinés n'étaient pas envahis. M. D..., est resté guéri depuis 9 ans.

Obs. XX. — CARCINOME DE L'ANSE SIGMOÏDE, COMPLIQUÉ DE PÉRITONITE PUTRIDE. — *Pas d'obstruction. Extériorisation suivie de résection immédiate. Mort le 2^e jour.*

M. Mong..., 34 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine, service du Dr Lapointe, le 19 septembre 1925. Ce malade était envoyé par M. le Dr Bensaude avec le diagnostic de sténose du grêle, confirmé par l'examen radiologique.

Le malade se plaint depuis 6 ou 7 mois de douleurs abdominales fréquentes. Ces douleurs à type de coliques présentent leur maximum d'intensité dans le flanc gauche avec irradiations dans la région sus-pubienne. Depuis six mois, il présente une constipation continue ainsi qu'un amaigrissement cachectique.

A l'examen : on se trouve en présence d'un malade très amaigri, pâle, teint sub-ictérique. Il ne présente pas de signe d'occlusion véritable, pas de contractions péristaltiques. La palpation permet de sentir dans le flanc gauche une masse irrégulière et dure, se prolongeant dans la fosse iliaque. Le toucher rectal permet de localiser cette masse à l'anse sigmoïde et d'entrevoir la possibilité d'un cancer diffus de cette anse. La température est à 38°8. L'examen sous écran, après lavement opaque, montre un rétrécissement de la lumière du côlon sigmoïde.

Opération le 4 octobre 1925, sous anesthésie rachidienne à la stovaine. Laparotomie latérale gauche. On trouve des anses grêles moyennement dilatées, un paquet d'anses et d'épiploon fixé à une masse tumorale du sommet du sigma. On procède alors à la libération de la tumeur, qui se pré-

sente perforée et entourée d'un foyer de péritonite putride. Le méso est infiltré de nombreux ganglions. Après libération prudente de l'anse on l'extériorise avec une portion importante du méso. Accollement sur une longueur de 5 cm. des pieds de l'anse par un double surjet Suture de l'anse par deux surjets aux plans péritonéo pariétaux. Fermeture hermétique de la paroi au dessus et au-dessous. Section immédiate de l'anse extériorisée.

Suites opératoires. Le deuxième jour vomissements bilieux, température à 40°. Mort le troisième jour.

Obs. XXI. — CANCER DE L'ANSE SIGMOÏDE. OCCLUSION COMPLÈTE.
— *Extériorisation d'emblée. Décès à la 20^e heure.*

Mme Pag..., âgée de 71 ans, couturière, est entrée à l'hôpital Saint-Antoine, service de M. Lapointe, le 29 janvier 1923 pour une occlusion intestinale complète.

Depuis quatre mois environ la malade ressentait des coliques, constipation et une anorexie marquée suivie d'amai-grissement notable. Ses dernières selles dataient de 8 jours, et dans les deux derniers jours elle avait eu des vomissements alimentaires, Elle présentait un ventre ballonné et depuis quatre jours la malade n'aurait pas eu de gaz.

A l'examen l'abdomen est très distendu. Le météorisme est plus marqué dans l'hypochondre droit. On note un péristaltisme intense du grêle. A la palpation on sent du clapotage cæcal, on ne trouve nulle part l'existence d'une tumeur. Le toucher rectal permet de sentir, plus haut que le col utérin, une petite masse dans le bassin.

Opération d'urgence le jour même de son entrée, sous anesthésie rachidienne. Incision médiane. On trouve une petite tumeur sur le milieu de la branche inférieure du sigma, cancer en virole, pas de ganglions dans le méso. Grosse dilatation colique au-dessus de la tumeur. Au lieu d'une simple fistule colique gauche on a extériorisé l'anse cancéreuse par une contre incision latérale gauche. Décès à la 20^e heure.

Obs. XXII. — CARCINOME DE L'ANSE SIGMOÏDE. OBSTRUCTION CHRONIQUE. — *Extériorisation d'emblée. Fermeture intrapéritonéale de l'anus après destruction de l'éperon par l'entérotomie. Durée du traitement 5 mois. Guérison.*

Mme B..., 60 ans, ménagère, entre dans le service de notre maître, M. le Dr Lapointe, le 7 août 1925 pour des troubles digestifs.

La malade souffre depuis un an environ de douleurs fréquentes à type de coliques, dont le maximum d'intensité siège habituellement dans la fosse iliaque gauche. La malade est constipée depuis 8 mois et est obligée de prendre des laxatifs pour aller à la selle. Elle a remarqué à plusieurs reprises la présence de glaires sanguinolentes dans les matières. Bon état général.

A l'examen, on constate à la palpation de l'abdomen, une tumeur facilement perceptible en dedans et au-dessous de l'épine iliaque antérieure et supérieure gauche. Cette tumeur est très sensible à la pression, très peu mobile. A ce niveau l'examen radioscopique, sans aucune préparation préalable montre un niveau liquide qui peut être déterminé par la présence d'une tumeur. Après lavement baryté, on confirme l'existence d'un obstacle au niveau de la branche supérieure du sigmoïde.

Opération le 8 septembre 1925, anesthésie au mélange de Schleich. Coeliotomie médiane sous-ombilicale. On trouve une dilatation des anses grêles du descendant et du transverse et le sigmoïde aplati. A la jonction du côlon descendant de la branche supérieure du sigma on découvre un néoplasme en ficelle qui adhère à la paroi abdominale et à l'épiploon. On résèque l'épiploon. On sépare la tumeur de la paroi et on enlève en même temps que celle-ci le lambeau péritonéal auquel elle adhère. On fait alors le décollement pariétal pour rendre mobile le segment intestinal malade. Après mobilisation suffisante, on accole les deux pieds de l'anse en canon de fusil, et on extériorise la tumeur avec le méso.

Fermeture de la paroi en deux plans : catgut et crins.

Le 16 septembre 1925 : Résection de l'anse au thermo au ras de la paroi. Hémostase minutieuse.

Le 18 septembre : Pose de l'entérotome.

Deuxième opération le 30 novembre 1925. Fermeture intrapéritonéale de l'anus artificiel, déjà très rétréci et sans éperon. Le 11 janvier 1929, quitte l'hôpital guérie.

Obs. XXIII. — CARCINOME DE L'S ILIAQUE. PAS D'OBSTRUCTION.

Extériorisation, résection 8 jours après. Fermeture spontanée de l'anus. Guérison. Sans récurrence depuis 5 ans.

M. Vinc..., tourneur, âgé de 54 ans, entre dans le service du Dr Lapointe à l'hôpital Saint-Antoine, le 23 mars 1926. Depuis un an il souffre d'une constipation opiniâtre et de troubles digestifs.

A l'interrogatoire, le malade dit avoir des troubles de la défécation : ténésme et douleurs au moment des selles. Les matières sont rares, dures, de forme ovillée. Le malade ajoute qu'il a constaté à plusieurs reprises du sang rouge dans les selles. En outre, il souffre de digestions lentes et laborieuses. Quelques jours avant son entrée dans le service, il éprouve des douleurs dans la fosse iliaque gauche, irradiées dans tout l'abdomen, accompagnées de quelques vomissements alimentaires. Après une amélioration de ces troubles, il vient consulter à Saint-Antoine, frappé surtout par son amaigrissement.

A l'examen on éveille au palper une douleur dans la fosse iliaque gauche. Cette douleur s'exacerbe quelques heures après l'ingestion d'aliments solides. On ne découvre aucune tumeur. Toucher rectal douloureux. Le malade présente par ailleurs, à la commissure de l'anus une ulcération d'aspect fissuraire qui ne semble pas suffisante pour expliquer la gêne de la défécation. Etat général : malade très amaigri, a perdu ses forces. Poumon, cœur, foie normaux, ni sucre, ni albumine dans les urines, azotémie 0 gr. 38. Un examen rec-

toscopique permet de constater à 18 cm. de l'anus l'existence d'une ulcération bourgeonnante, saignant abondamment au contact du rectoscope. On fait le diagnostic de cancer du côlon. L'examen radioscopique, après préparation par un lavement opaque, permet de voir une anse sigmoïde énorme, dont la convexité arrive jusque dans le flanc droit ; on constate une image lacunaire entre le haut rectum et le sommet du sigmoïde. La gelobarine parvient à franchir la zone rétrécie et à montrer le sigma très distendu en amont.

Opération le 4 avril 1926. Anesthésie lombaire (M. Lapointe). Laparotomie latérale gauche. Il s'agit d'un cancer annulaire du côlon pelvien, type sigmoïde bas, siégeant dans la partie moyenne de la branche descendante de l'anse iliaque. Il semble qu'on aura assez de peine pour l'extérioriser. L'anse qui porte la tumeur se présente libre, sauf à gauche, où il y a un peu de mésentérite rétractile, mais sans propagation néoplasique.

L'exploration du méso après l'avoir incisé montre une série de petits ganglions. On est donc obligé de sectionner le méso et de faire un décollement colo-pariétal pour mobiliser la tumeur et l'amener au dehors ; elle n'est cependant pas adhérente au péritoine postérieur. Extériorisation, en accolant sur près de la demi-circonférence de l'intestin par plusieurs points au catgut, les deux segments en regard. On péritonise d'abord la zone de décollement pariétal, à gauche de l'anse. On fixe par un surjet au péritoine les deux pieds de l'anse accolée en canon de fusil, on les fixe aussi par quelques points aux plans pariétaux. La branche inférieure qui porte la tumeur est un peu courte et tire légèrement.

Le 12 avril : ablation au thermo-cautère de l'anse, à un centimètre au-dessous de la tumeur. On applique le lendemain la pince entérotome qu'on serre progressivement. Elle tombe spontanément le 30 avril. Bien avant la chute le malade rendait quelques gaz par l'anus normal. Après la chute de l'entérotome les matières ont repris leur trajet normal.

L'anus contre-nature est réduit bientôt à une simple fistule, qui se ferme spontanément quelques semaines plus tard.

Suites opératoires : très simples, sans température. Le malade sort du service guéri, le 4 mai 1926. Revu le 3 mars 1931. Bon état général, bon fonctionnement intestinal, pas de récurrence.

Obs. XXIV. — CANCER DE LA PARTIE TERMINALE DU COLON DESCENDANT. *Extériorisation d'emblée Guérison.*

Mme Pol..., à Paris, âgée de 80 ans, entre dans le service de M. le Dr Lapointe à l'hôpital Saint Antoine le 12 janvier 1927, pour des coliques et accidents de rétention stercorale chronique incomplète.

En l'espace de 8 mois, cette malade a présenté à plusieurs reprises des accidents aigus d'occlusion intestinale, passagers. Ces crises sont toujours suivies par une débâcle diarrhéique. La malade accuse avoir beaucoup maigri depuis un an. Elle n'a jamais eu de sang dans les selles. Une constipation opiniâtre est à noter depuis le début de la maladie. Au moment de son entrée, la malade n'a pas été à la selle depuis trois jours.

A l'examen on constate un ventre un peu distendu ; il n'y a pas de péristaltisme du grêle. La palpation ne permet de sentir aucune tumeur en raison du météorisme, qui est d'ailleurs léger. Bon état général. Les touchers rectal et vaginal sont négatifs. L'examen radioscopique, après lavement opaque au sulfate de baryte permet de constater une réplétion rapide du rectum. Le lavement est arrêté au milieu du côlon descendant, mais cependant un peu de bouillie barytée arrive à franchir l'obstacle. Du reste la malade va à la selle. La radiographie après repas bismuthé n'a rien montré de net.

Opération le 30 janvier 1927, sous rachianesthésie à la stovaïne 0, gr., 04 (M. Lapointe). Laparotomie transversale gauche, assez basse.

A l'ouverture du péritoine on trouve un sigmoïde assez

long et très mobile. Entre l'anse sigmoïde et la terminaison du côlon descendant, on trouve une tumeur néoplasique adhérente au péritoine postérieur (squirrhe). De nombreux ganglions dans le méso sigmoïde. Ayant une certaine difficulté d'accès, on est obligé de brancher l'incision latéralement. On libère la tumeur assez facilement. On accole les deux branches de l'anse au-dessus et au-dessous de la tumeur par deux rangs de surjets. On l'extériorise avec le méso. Une baguette de verre est placée dans le méso pour éviter la rétraction (procédé de Schwartz).

27 janvier : Section de l'anse extériorisée, au ras de la paroi abdominale, au thermo-cautère.

30 janvier : On pose la pince entérotoque.

18 mars : Fermeture de l'anus contre nature sans éperon, par le procédé habituel. Suites simples. Examen histologique de la pièce : épithélioma cylindrique.

La malade est revue le 20 octobre 1929 : Va normalement à la selle.

Obs. XXV. — CANCER DE L'S ILIAQUE. OCCLUSION INTESTINALE COMPLÈTE. — *Extériorisation d'emblée avec fistulisation immédiate du bout supérieur. Mort.*

M. J...., 79 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine, service du Dr Lapointe le 17 novembre 1927, pour une occlusion intestinale complète.

Il y a environ trois mois, il avait eu une crise semblable, mais moins violente. Souffre de constipation depuis 1925. A constaté à plusieurs reprises du sang dans les selles.

A l'examen : malade en occlusion depuis 6 jours : absence complète de matières et de gaz depuis 4 jours ; vomissements abondants. L'abdomen est très dilaté. Les anses grêles se dessinent sous la peau. La région cæcale est sensible à la palpation. Le toucher rectal décèle un obstacle au niveau de la partie basse du sigmoïde.

Opération d'urgence à l'anesthésie locale le 17 novembre

1927. Incision iliaque gauche. La branche supérieure iliaque distendue est attirée à la plaie et en tirant sur son extrémité distale, on amène une tumeur du volume d'une mandarine, qui siège au niveau du pied inférieur de l'anse. On extériorise facilement la tumeur et on établit un tube de Paul au-dessus du rétrécissement cancéreux, avec l'intention de faire ultérieurement la résection de la tumeur. Suites troublées. Décès deux jours après l'intervention.

Obs. XXVI. — CANCER DE L'ANSE SIGMOÏDE ADHÉRENT A LA VESSIE. SUB-OCCLUSION. — *Extériorisation d'emblée, résection retardée. Fermeture intrapéritonéale de l'anus. Guérison opératoire. Mort de récurrence 9 mois après l'intervention.*

M. Chaz. Ed..., âgé de 23 ans, entre dans le service du Docteur Lapointe à l'hôpital Saint-Antoine, le 18 avril 1929 pour une rétention stercorale complète datant du 15 avril.

Anamnèse : le début clinique des accidents remonte à environ 6 mois en octobre 1928. Le malade bien portant jusqu'alors commence à souffrir de crises de coliques abdominales irrégulièrement espacées. Pendant ces crises le malade restait sans aller à la selle, l'abdomen se ballonnait et présentait quelques vomissements, il n'avait de selles qu'avec des laxatifs.

Au moment de l'examen le malade est en état d'occlusion complète, l'abdomen montre un état de défense de la paroi rendant la palpation difficile. Ballonnement. Météorisme uniformément généralisé. Pas d'ondes péristaltiques visibles. Cependant le malade sent quelque fois des contractions intestinales s'accompagnant de bruits de « glou-glou » sans qu'il puisse néanmoins localiser ces phénomènes. A la percussion, on constate une hypersonorité généralisée à tout l'abdomen. Il ne semble pas y avoir d'ascite. A la palpation on perçoit une sensation de tension élastique dans la fosse iliaque gauche, où la pression devient particulièrement dou-

loureuse. On perçoit également un clapotis intestinal très net à cet endroit.

Le toucher rectal est négatif. La température normale ; le pouls régulier, bien frappé à 75 ; la tension artérielle normale. Les urines sont concentrées et foncées, mais sans albumine.

Depuis son entrée le malade ne semble pas avoir émis ni matières ni gaz. La cause de cette occlusion paraît très obscure. Le jeune âge du malade fait penser à un ileus paralytique d'origine péritonéale. Péritonite tuberculeuse (?)

Le malade est mis en observation, repos, glace sur le ventre. Le 19 avril il a été purgé avec de l'huile de ricin. La purgation amène une évacuation de matières et un déballonnement relatif. Il persiste toujours de la tension dans la fosse iliaque gauche. L'état général est satisfaisant.

Première intervention le 20 avril 1929 (M. Lapointe). Rachianesthésie. Cæliotomie médiane sous ombilicale.

On est surpris de constater une dilatation de tout le cadre colique y compris l'anse sigmoïde. Le sommet de cette anse est adhérent à la partie gauche du péritoine vésical et présente au même niveau un cancer en ficelle et de nombreux ganglions dans le méso-sigmoïde. Après avoir libéré la tumeur, on essaye de la mobiliser et de l'extérioriser ; mais cette extériorisation est impossible, car le méso est très court. On fait alors un décollement colo-pariétal ce qui permet de mobiliser facilement la tumeur. On isole très bien l'anse malade et on l'attire au dehors avec le méso. On accole les deux pieds de l'anse sur près de la demi-circumference de l'intestin. C'est à-dire que la zone d'accolement est très haute, huit centimètres environ et large d'au moins dix centimètres.

Réséction retardée de l'anse au thermo-cautère. On place immédiatement l'entérotome de Dupuytren. Le lendemain l'entérotome est serré de quelques pas de vis ; il est serré à fond le 3^e jour. Il tombe spontanément le 5 mai. Bien avant la chute le malade a ressenti passer quelques gaz. A dater de ce jour les matières passent par le bout inférieur ; elles

ont repris leur cours habituel et l'anus gauche donne issue à très peu de matières. L'état général du malade s'améliore et il peut s'alimenter davantage. La peau étant mise au repos, après la destruction de l'éperon, on décide la fermeture de l'anus quelques semaines plus tard.

Deuxième intervention le 26 juin 1929 — Rachi-anesthésie (M. Lapointe) — Incision elliptique, circonscrivant l'anus. On pénètre dans l'abdomen après avoir fermé l'anus par un surjet cutané. Plusieurs anses grêles sont adhérentes autour des deux branches du côlon ; on les libère sans trop de peine et on décolle l'anus qui est réséqué avec sa bordure péritonéale. Fermeture de la brèche, en trois plans. Fermeture totale de la paroi sans drainage. Suites opératoires remarquablement simples. Des gaz passent au 3^e jour. Purgation le 7^e. Le malade quitte l'hôpital le 7 juillet 1929, a engraisé de 5 kilogrammes en novembre. Il revient le 28 janvier 1930 très amaigri et en état d'occlusion intestinale complète datant de cinq jours.

Opération d'urgence le 30 janvier 1939. Rachi-anesthésie cœliotomie sous ombilicale.

On trouve une tumeur récidivée sur la partie inférieure de l'anse sigmoïde. Cette tumeur adhère intimement à une anse grêle. On libère prudemment la partie supérieure de l'anse iliaque et on l'amène au dehors « par une contre incision latérale » pour établir un anus type Madyl-Reclus. Suites opératoires troublées. On a fait depuis l'opération du sérum hypertonique intraveineux à 30 % (40 cm. par jour en 4 doses de 10 cm.) Décès trois jours après l'intervention.

Obs. XXVII. — CANCER DE L'ANSE SIGMOÏDE DANS UN SACHERNIAIRE. OCCLUSION INTESTINALE. — *Extériorisation d'emblée, résection 5 jours après. Mort le 10^e jour.*

M. Mott..., 53 ans, entre dans le service de notre maître M. le Dr Lapointe, à l'hôpital Saint-Antoine le 31 mars 1930, pour des accidents d'étranglement herniaire.

Dans ses antécédents rien à noter de particulier, sinon une ancienne hernie inguinale datant d'un an. Pas de vomissement, ni de douleur.

A l'examen on constate une volumineuse tumeur inguino-scrotale qui occupe tout l'hémiscrotum gauche et se prolonge dans le canal inguinal jusque dans la fosse iliaque. Cette tumeur présente une consistance semi-fluide, douloureuse à la pression. On porte le diagnostic d'hydrocèle en bissac avec hernie étranglée. Toucher rectal négatif.

Opération le 5 avril 1930 sous anesthésie à l'éther. Incision inguino-scrotale. On trouve dans un volumineux sac herniaire très épaissi et contenant un liquide séro-sanguinolent abondant, une énorme masse, dure et violacée, adhérente au sommet du sac qui semble être l'épiploon étranglé. On résèque cette masse après une ligature en chaîne à sa base. En ouvrant le collet du sac, on sent que l'épiploon est bourré de petites tumeurs dures ; on agrandit alors l'incision longuement vers le haut et on trouve une lipomatose assez marquée autour de l'anse sigmoïde. On trouve, en effet, au niveau du sommet de cette anse un carcinome en ficelle. Celui-ci étrangle complètement la lumière intestinale. On libère alors l'anse cancéreuse ; on l'extériorise en ayant soin d'accoler en canon de fusil les deux pieds de l'anse. On la fait sortir à la partie inférieure de l'incision où on la fixe par quelques points au catgut.

Le 10 avril : Résection de la masse tumorale au thermocautère.

Suites opératoires troublées. Le 2^e jour la température monte à 38° 5 ; vomissement le 6^e jour ; péritonite. Mort le 16 avril.

Obs. XXVIII. — CANCER DU SOMMET DE L'ANSE SIGMOÏDE.

OBSTRUCTION CHRONIQUE INCOMPLÈTE : *Extériorisation d'emblée, résection de l'anse 5 jours après. Mort.*

Mme Trav..., 54 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine, service du Dr Lapointe le 3 avril 1930 pour selles sanglantes

dont la première apparition semble remonter à août 1929. Dès lors la malade ne va à la selle qu'à l'aide de purgatifs et de lavements, est atteinte d'une constipation chronique. Depuis 8 mois environ, elle souffre de coliques intermittentes et a remarqué en outre, dans ses selles, quoique peu fréquentes, la présence de glaires sanguinolentes.

A l'examen clinique on note une ancienne cicatrice à la région sous-hépatique ; l'abdomen est légèrement tympanisé et un peu tendu. Rien de particulier aux touchers rectal et vaginal. L'examen radioscopique, sous écran, après lavement baryté, permet de constater un obstacle au niveau de l'anse iliaque.

Opération le 5 avril 1930. Anesthésie rachidienne à la stovaïne. Laparotomie latérale gauche. Dès le ventre ouvert on trouve aussitôt un carcinome en ficelle sur le sommet du sigmoïde. Le péritoine est incisé au point où le méso-côlon se continue avec le péritoine pariétal, ce qui permet assez aisément la mobilisation de la tumeur. On enlève quelques petits ganglions dans la graisse du méso. On extériorise l'anse en ayant soin d'accoler en canon de fusil les segments intestinaux sains. Deux surjets au catgut fixent les deux branches de l'anse à la paroi abdominale. Suture de celle-ci au-dessus et au dessous : trois plans. Suites troublées : La température monte à 40° le lendemain de l'opération ; mais le cours des gaz et des matières se rétablit rapidement dans l'anse extériorisée et le malade eut des selles spontanément.

Le 10 avril 1930. Résection colique au thermo-cautère. On lie progressivement de nombreuses artères dans le méso. Examen de la pièce : Le segment colique réséqué mesure près de 20 centimètres ; on l'ouvre et on constate que le cancer est ulcéré, bourgeonnant, circulaire, à bords surélevés. L'examen histologique a montré un épithélioma typique.

Le 11 avril : Très mauvais aspect ; la température 39° 5
Mort le 14.

Obs. XXIX. — CANCER SIGMOÏDE. — *Extériorisation d'emblée.*
Guérison opératoire. M. LAPOINTE (1930)

M. A... 53 ans, malade très amaigri et très dyspeptique dans les six derniers mois qui ont précédé mon examen. Sang dans les selles. Vu le 8 novembre 1930, Rectum normal. On sent dans la fosse iliaque gauche une petite masse mobile et douloureuse, qu'on perçoit aussi par le palper bimanuel, en dehors de la paroi rectale.

Le malade se plaint de coliques et de constipation. Mais le ventre est plat. Toutefois le cæcum est clapotant. Un lavement baryté a rempli normalement tout le côlon, cæcum compris. On voit cependant sur la graphie une zone claire et rétractée sur le milieu de l'anse sigmoïde.

Opération le 11 novembre 1930, à la maison des Diaconesses. Rachi-anesthésie. Incision iliaque gauche. Extériorisation de l'anse sigmoïde après libération facile de quelques adhérences au péritoine iliaque et section du méso. Ablation de la pièce le 6^e jour. Petite tumeur peu sténosante. Pas de ganglions visibles.

Le 13^e jour après l'extériorisation, pose de l'entérotome qui tombe le 7^e jour. L'anus se rétrécit et le transit se rétablit en grande partie. Le malade quitte la maison de santé le 25 décembre et il est convenu qu'il reviendra dans un mois pour la fermeture de l'anus.

31 janvier 1931 : Rachi-anesthésie. Fermeture intrapéritonéale rendue un peu difficile par des adhérences entre le pourtour de l'externe des branches de l'anus et le péritoine pariétal. Crins d'attente sur la peau ? Ils sont serrés le 3^e jour, la peau ayant très bon aspect. L'opéré quitte la maison de santé le 18 février 1931. Il est en très bon état fin juin 1931 et a engraisé de 8 kilogrammes.

Obs. XXX. — CANCER DU SIGMOÏDE. — OCCLUSION INTESTINALE. ANUS CÆCAL. — *Extériorisation ; résection retardée.*

dée. — *Iléo-rectostomie. — Exclusion bilatérale ouverte. — Fermeture intrapéritonéale de l'anus iliaque gauche.*

Mme Rob., 71 ans obèse, entre dans le service du Docteur Lapointe à l'hôpital Saint-Antoine, le 7 septembre 1927 pour une tumeur de l'anse sigmoïde. La malade présente à son entrée, un anus iliaque droit fait d'urgence à Vaugirard pour occlusion intestinale. Il s'agit d'un large anus incontinent et atteint de prolapsus. Rien par le toucher rectal et vaginal. Un lavement baryté suivi d'examen sous écran montre un obstacle infranchissable au niveau du sigmoïde. Une radiographie montre qu'il existe au même niveau un néoplasme très sténosant en ficelle.

Première opération le 8 septembre 1927, anesthésie lombaire. Après pansement et isolement de l'anus droit, on fait une incision de laparotomie latérale gauche. A l'ouverture du péritoine le côlon se présente distendu et au niveau du sommet de l'anse sigmoïde, on constate l'existence d'un cancer annulaire adhérent au grêle et au méso. Celui-ci est très infiltré et présente de nombreux ganglions. On décolle les anses grêles adhérentes et on libère quelques adhérences inflammatoires, puis section lointaine en V du méso. Ligature immédiate des vaisseaux ; grâce à cela on peut extérioriser facilement la tumeur après avoir suturé les feuilletts méso coliques. On ferme la paroi en faisant traverser à la partie supérieure de la brèche méso-colique un pont cutanéomusculaire qui enserre la branche supérieure de l'anse dans un sphincter.

Le 16 septembre : Résection de l'anse extériorisée. Suites simples. La malade à ce moment présente deux anus iliaques, droit et gauche. A droite, c'est le cæcum, à gauche, c'est la branche supérieure du sigmoïde, mais il y a aussi le haut rectum fistulisé.

Deuxième opération le 24 septembre (Pr. Desplas). Cæliotomie médiane. On fait une anastomose dans le but de supprimer en même temps les deux anus artificiels. Iléo-rectostomie latéro-latérale au bouton de Jaboulay (fig. 7). Cette

anastomose a été d'une exécution difficile vu l'impossibilité de déplacer le rectum.

Troisième opération le 9 novembre. Les matières continuant à passer par l'anus cæcal et à refluer par le bout rectal abouché à la peau (au-dessus de l'anastomose iléo-rectale). On décide de faire pour tarir la source cæcale, *une exclusion bilatérale*. Celle-ci reste ouverte à la peau par l'orifice colique gauche. 1° Libération du cæcum : on résèque les pourtours de l'anus et on le ferme en trois plans.

2° Section de l'iléon à quelques centimètres de son implantation cæcale. Il persiste dans la fosse iliaque gauche, un anus contre nature, sans éperon, formé par l'extrémité supérieure du rectum abouché à la paroi.

Quatrième opération le 16 janvier 1928. Rachi-anesthésie. Suivant la technique du service, l'incision circonscrit le trajet de l'anus, On change de gants et d'instruments. Ouverture du péritoine en zone libre. On vérifie que l'anastomose iléo-rectale est large et souple. Extériorisation de l'extrémité supérieure du rectum et section de celle-ci à 2 centimètres au-dessus de l'anostomose. Fermeture de la brèche en trois plans au fil de lin 00 (muqueux, musculo-séreux et séro-séreux). Les suites sont très satisfaisantes parce qu'effectuées en tissu sain. Réparation de la paroi en trois plans. Catgut et crins cutanés, un petit drain sous la peau. Suites normales.

La malade quitte l'hôpital avec une petite fistule muqueuse gauche le 9 février 1928. Revue en janvier 1929 sans éventration, sans récurrence. Cette malade est décédée en décembre 1930 sans que nous ayons pu savoir la cause.

Obs. XXXI. — CANCER DE L'ANSE SIGMOÏDE. — *Fistule sur le transverse. Extériorisation ; résection retardée. Fermeture intrapéritonéale de l'anus. Guérison.*

M. Gul..., à Paris, âgé de 58 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine, service du Dr Lapointe le 29 mars 1929 pour des phénomènes de sub-occlusion. La maladie qui

l'amène à l'hôpital a débuté quinze jours auparavant par des douleurs abdominales survenant sous forme de crises paroxystiques, s'accompagnant de vomissements et suppression des selles. Trois mois avant son admission le malade souffrait de l'abdomen, il était en outre très constipé bien que jusqu'alors il allât à la selle. L'examen de l'abdomen montre un état de tension et de défense rendant la palpation difficile. On arrive cependant à sentir dans la fosse iliaque gauche, une tumeur assez mobile, dure, allongée transversalement, qui roule sous les doigts. On la localise entièrement à gauche, au niveau de l'S. iliaque. Au palper on détermine des gargouillements à son niveau. Il existe du clapotage cæcal et des ondes péristaltiques visibles. Le malade n'aurait pas eu ni matières, ni gaz depuis cinq jours. Toucher rectal négatif. Etant donné l'existence de la rétention stercorale complète, il est indispensable avant d'attaquer la tumeur de faire une fistule en amont pour drainer les matières et les gaz. On pratique cette fistule à l'anesthésie locale, sur le transverse par une incision de 8 centimètres sus ombilicale para-médiane droite. A la suite de cette intervention il s'écoule des matières liquides en abondance. Au bout de quelques jours l'abdomen est souple, indolore, déballonné.

Première opération le 12 avril 1929 sous anesthésie rachidienne à la stovaïne (M. Lapointe). Laparotomie latérale gauche. Après ouverture du péritoine on trouve un cancer siégeant à peu près sur le milieu de l'anse sigmoïde qui est longue. Malheureusement, toute la chaîne ganglionnaire le long de l'arcade et du pédicule vasculaire colique sont envahis. Il faut par conséquent libérer le méso sigmoïde avec ses ganglions pour l'extérioriser en même temps que l'anse elle-même. Il semble que les ganglions ne remontent pas le long de la mésentérique inférieure. On rapproche alors les pieds de l'anse par deux surjets externe et interne, et on les fixe au plan musculo-aponévrotique. On est sûr de la bonne vascularisation de la branche inférieure quant à la branche

supérieure, les vaisseaux qui battaient au début de l'opération, ne battent plus à la fin, mais sont turgescents et on espère que la vitalité de cette branche n'est pas compromise.

Le 28 avril : Section de l'anse extériorisée au ras de la paroi abdominale, au thermo-cautère. On applique immédiatement la pince entérotome. Examen hystologique de la pièce (M. Cain) épithélioma typique.

Deuxième opération le 19 juin 1929, sous anesthésie rachidienne (M. Lapointe). Fermeture de l'anus iliaque gauche dont l'éperon avait été sectionné préalablement à la pince de Dupuytren. Libération complète des deux branches : Une petite déchirure qui s'est faite sur la branche supérieure est refermée par une suture spéciale au catgut en deux plans. La brèche colique est fermée en trois plans.

Le 29 octobre : on procède à la fermeture de la fistule sur le transverse ; on espérait que celle ci se fermerait spontanément. Technique habituelle. Libération complète intrapéritonéale. Fermeture de l'intestin en trois plans. Réfection anatomique de la paroi. Le malade revient dans le service le 20 décembre 1931. Bon état général. Bon fonctionnement intestinal. Pas de signe de récédive.

Obs. XXXII. — CANCER DE L'S ILIAQUE. OCCLUSION INTESTINALE. — *Cœcostomie. Extériorisation. Fermeture intrapéritonéale de l'anus. Guérison depuis deux ans et demi.*

Mme Quin..., 47 ans, concierge, entre à l'hôpital Saint-Antoine, service de M le Dr Lapointe le 2 juillet 1929 pour une occlusion intestinale.

Le début clinique de la maladie actuelle remonte au mois d'août 1928. A cette époque la malade qui souffrait de constipation, fait une première crise d'occlusion incomplète. Cette crise est caractérisée par des douleurs abdominales et des vomissements, sans qu'il y eut cependant d'arrêt de matières et de gaz. Depuis cette époque la malade est devenue très constipée et est obligée de recourir aux purgatifs dont

l'action n'est efficace qu'au début. La malade souffre au moment d'aller à la selle de douleurs abdominales, assez vives. Elle a dit avoir maigri depuis le début des troubles.

A l'examen lors de son entrée, l'abdomen est tympanisé et très tendu ; pas de selle, ni de gaz depuis 4 jours ; péristaltisme visible sous la peau ; coliques violentes et vomissements. On ne trouve rien de particulier par le toucher rectal et vaginal. La palpation ne décèle aucune tumeur.

Le service de garde pratique d'urgence une fistule cæcale. On n'a pas précisé le siège de la tumeur au cours de cette intervention. Les suites furent simples. L'anus cæcal fonctionna de façon satisfaisante et assura une évacuation abondante de matières. On put alors pratiquer un examen sous écran. Le lavement baryté remplit rapidement tout le rectum ; il s'arrête à la partie inférieure du sigmoïde ; sur la radiographie on retrouve l'arrêt du lavement en ce point. On porte le diagnostic de sténose d'origine néoplasique.

Opération le 24 juillet 1929. Rachi-anesthésie à la stovaïne (M. Lapointe). Laparotomie latérale gauche.

On trouve sur la branche descendante de l'anse sigmoïde, un peu au-dessous du sommet, un cancer en ficelle, de la grosseur d'une mandarine, non adhérent aux organes voisins. On libère facilement l'anse malade car le méso n'est pas infiltré, et on l'extériorise après accollement de ses deux pieds par un double rang de sutures. Quelques petits ganglions en regard de la tumeur ont été pris dans le méso pour l'examen histologique.

Le 31 juillet : Ablation de l'anse au thermo-cautère. Hémostase minutieuse. Application immédiate de l'entérotome de Dupuytren. Il tombe spontanément au 9^e jour. Rétablissement presque complet du cours des matières à la suite de cette intervention. L'état général s'améliore rapidement.

Deuxième opération le 16 novembre 1929. Rachi anesthésie (M. Lapointe). Fermeture de l'anus iliaque gauche. Procédé habituel intrapéritonéal.

Le malade quitte l'hôpital le 1^{er} décembre. Examen histologique : 1^o de la pièce : Epithélioma cylindrique ; 2^o des ganglions inflammatoires.

Revient dans le service le 3 juillet 1931 pour une éventration sur l'ancienne cicatrice gauche.

Opération le 4 juillet. Anesthésie rachidienne à la percaïne. On profite pour regarder l'ancien foyer de la colectomie, il y a quelques adhérences épiploïques, mais aucune adhérence grêle. Ce qui reste de l'S illiaque est complètement libre dans le ventre. On constate simplement une déformation qui donne au segment correspondant, à l'anus réparé une forme comparable à celle de l'angle iléo-cæcal : avec cette différence que la partie représentant le cæcum correspond au bout supérieur et celle représentant l'iléon, au bout inférieur ; mais le calibre n'est pas rétréci et le transit se fait parfaitement. Aucune trace de récive, ni dans l'intestin, ni dans le méso. Sort le 20 juillet guérie. Revue en janvier 1932. Etat parfait.

Obs. XXXIII. — CANCER DE L'ANSE SIGMOÏDE. OCLUSION. —
Colostomie droite. Extériorisation ; résection 6 jours après.
Fermeture intrapéritonéale de l'anus. Guérison.

Mme Mall., receveuse T. C. R. P. âgée de 51 ans, entre dans le service de notre maître, M. le Dr Lapointe à l'hôpital Saint-Antoine, le 18 septembre 1930 pour des accidents d'occlusion intestinale. Le début semble remonter à l'année 1926, à cette époque la malade a constaté à plusieurs reprises la présence dans ses selles de sang rutilant en petite quantité. A ce moment il n'y avait ni douleur, ni constipation.

En avril 1930 apparaît brusquement une constipation opiniâtre. La malade reste 5 à 6 jours sans avoir de selles. Elle avait des épreintes rectales très pénibles, mais il n'y avait pas moyen d'expulser ni matières, ni gaz. Un état nauséux survint en même temps. L'huile de ricin et les grands lavements qui sont prescrits font disparaître les accidents.

Lorsqu'en août les troubles continuent en s'accroissant, Mme Mall... doit avoir recours à diverses médications : Lavements huile de paraffine qui ne sont efficaces qu'au début. A la même époque les périodes de constipation alternent avec des périodes d'hémorragies rectales, pendant qu'apparaissent des vomissements. Ces vomissements sont très abondants dans les trois derniers jours qui ont précédé l'entrée de la malade dans le service. Ils étaient bilieux, sans horaire fixe, très souvent lors des efforts de défécation. Depuis le mois d'août le malade a maigri (8 kilogrammes en un mois). A la fin d'août la constipation devient opiniâtre, mais elle ne devient de l'obstruction complète que 10 jours avant son entrée à l'hôpital. La malade entre dans le service de M. Lapointe le 18 septembre en état de sub-occlusion datant de 10 jours environ.

A l'examen clinique on constate un ventre très ballonné et des ondulations péristaltiques sous la peau. On ne sent rien par le palper à cause du météorisme généralisé. A la percussion le cæcum est dilaté, sonore, de même que le transverse et le descendant. On remarque la présence de glaires sanglantes dans les selles. Toucher vaginal négatif. Toucher rectal. On constate une énorme tumeur, arrondie, dure, absolument analogue à un polype fibreux prolapsé dans le vagin. On ne sent pas d'orifice intestinal perceptible à la surface. On attribue la cause de l'occlusion à un polype fibreux du rectum ou à une invagination non évidente. On pratique alors un examen rectal sous anesthésie rachidienne. Après dilatation anale on aperçoit une énorme tumeur rouge vineuse, recouverte de muqueuse intestinale. On fait le diagnostic d'invagination intestinale.

Première intervention le 19 septembre 1930, sous anesthésie à l'éther (Dr Braine) Cœliotomie médiane sous-ombilicale. Nous trouvons une invagination colo-colique du côté gauche, à la hauteur de la fosse iliaque gauche. Il est impossible de réunir la désinvagination de même que de savoir

s'il existe une tumeur comme point de départ de l'invagination, ainsi pensant à la possibilité du sphacèle spontané du boudin, on fait :

1° La fixation de l'anse invaginée à son collet par des points séparés ; 2° Une colostomie iliaque droite au-dessus du cæcum. Les suites furent remarquablement simples. Le boudin qui faisait saillie dans le rectum a fini par disparaître par réduction spontanée.

Le 20 octobre 1930 M. Lapointe ferme sans incidents la fistule cæcale par voie intrapéritonéale. La malade quitte le service en très bon état le 5 novembre ; mais elle revient le 12 janvier 1931 avec une éventration au niveau de l'incision sous-ombilicale. A l'opération de cette éventration, nous constatons en dehors de la périviscérite, une cicatrice rétractée au niveau de l'anse sigmoïde qui se présente comme un *néoplasme*. L'état local de l'anse sigmoïde permet plutôt de penser à une réduction spontanée de l'ancienne invagination qu'à une élimination, car le côlon a conservé sa longueur normale. Deux ganglions prélevés vers le sommet du sigmoïde ne montrent que des réactions inflammatoires banales. Vaccination pré-opératoire au lysats vaccin.

Le 21 février 1931 : Extériorisation (M. Lapointe) sous anesthésie rachidienne à la stovaïne. Incision latérale gauche. On voit de suite une lésion qui empiète sur le bord mésentérique et sur la moitié de l'anse sigmoïde, formant comme un sillon à bord épais, dur, qui permet de porter le diagnostic vraisemblablement de carcinome en ficelle. On prélève de nouveau trois petits ganglions dans le méso, dont l'examen histologique révèle une simple réaction inflammatoire. Malgré cette réponse, on procède à une sigmoïdectomie extra-péritonéale en deux temps et on constate en faisant l'extériorisation, que la lésion s'est développée et qu'il y a un semis blanchâtre sur les anses grêles qui pourrait bien être de la tuberculose.

Le 27 février : Section de l'anse extériorisée au bistouri

électrique suivie de l'application immédiate de la pince entérotome. Examen de la pièce. Le segment de l'anse extirpé présente une longueur de 12 à 15 centimètres environ. La tumeur occupe sur l'intestin deux travers de doigts. Elle y détermine une sténose légère. La section longitudinale du segment extirpé permet de voir directement le rétrécissement et une vaste ulcération comme une pièce de 5 francs. Examen histologique : (M. Cain) épithélioma cylindrique typique.

La pince entérotome est tombée au 12^e jour parce qu'elle serrait mal. A sa chute le cours des matières se rétablit presque complètement. Les suites opératoires furent simples et normales.

Le 10 mars 1931 : M. Lapointe procède à la fermeture de l'anus dont l'éperon avait été sectionné antérieurement à l'entérome. On a employé la méthode habituelle intrapéritonéale. La brèche colique a été suturée en trois plans. Deux surjets au fil de lin et un surjet simplement au catgut. Fermeture totale de la paroi en trois plans. Drainage sous la peau par un faisceau de crins. Suites opératoires simples et normales. Gaz par l'anus le 5^e jour. Purgation le 8^e jour. La malade quitte l'hôpital le 27 mars 1931. Revue en décembre 1931, va normalement à la selle, digère bien et a engraisé de 10 kilogrammes.

CONCLUSIONS

Les techniques de colectomies utilisées jusqu'alors ressortissent à trois grandes méthodes, qui toutes peuvent s'exécuter avec ou sans anus préliminaire, suivant que le malade se présente ou non en état d'occlusion complète.

I. — *La colectomie intrapéritonéale en un temps*, méthode idéale, la plus meurtrière de toutes les colectomies quand on l'applique sans discrimination des cas.

Son utilisation doit être réservée aux tumeurs mobiles et à des malades résistants, à condition que le segment intestinal supérieur, qui servira à la réparation, soit en parfait état et s'approche sans traction du segment inférieur.

On ne rencontre des cas favorables à cette méthode qu'au niveau du côlon droit ; la colectomie idéale d'emblée sous forme d'hémi-colectomie droite avec réparation par iléo-transversostomie, de préférence latéro-latérale (suture plus sûre).

Dans les cancers de la partie moyenne du transverse, de son segment gauche et de l'angle hépatique, la colec-

tomie segmentaire économique pourra trouver quelques indications.

II. — *La colectomie intrapéritonéale en deux temps*, un peu moins grave que la précédente, n'a qu'une indication formelle : tumeur adhérente compliquée de cellulite inflammatoire périnéoplasique.

La mise au repos de la tumeur par exclusion première atténuera la gravité de la résection secondaire.

Cette méthode comporte deux types d'opérations :

a) Pour les cancers droits : iléo-transversostomie suivie d'hémi-colectomie droite.

b) Pour les cancers gauches : iléo-segmoïdostomie, puis colectomie subtotale (indication plus exceptionnelle que l'hémi-colectomie droite).

III. — *La colectomie extra-péritonéale en deux temps*, méthode de choix de certains cas particuliers.

Chez les malades en état de stase plus ou moins complète, l'extériorisation est contre-indiquée. Comme pour les autres méthodes d'extirpation on assurera d'abord l'évacuation de l'intestin par une colostomie.

L'inflammation périnéoplasique, soit sous forme de péricolite avec abcès ou de péricolite chronique sans suppuration, est une autre contre-indication à l'extériorisation d'emblée. Il faut faire une dérivation externe préalable et différer la colectomie.

La mortalité de l'extériorisation tend vers zéro quand on l'applique à des malades encore résistants et à des tumeurs mobiles.

L'extériorisation est suivie, après l'exérèse de la tumeur, de rétablissement facile de la continuité colique grâce à : 1° L'application de l'entérotome de Dupuytren ; 2° la fermeture secondaire intrapéritonéale. La seule critique de l'extériorisation est l'exérèse parcimonieuse du mésentère et de son territoire lymphatique. Cependant les statistiques montrent la rareté de l'extension lymphatique au delà du premier relai ganglionnaire. La difficulté de l'extériorisation est très inégale suivant la mobilité spontanée ou provoquée (décollement colopariétal) du mésocôlon. L'anse sigmoïde, siège du plus grand nombre de néoplasmes coliques est le lieu d'élection de cette méthode en deux temps par extériorisation.

Notre travail rapporte le résultat de *la statistique intégrale* de notre regretté maître, M. Lapointe. Publiée ci-dessus, elle accuse quelques résultats particulièrement heureux, par exemple la faible mortalité de 13 % dans les cancers de l'S. iliaque, et des survies éloignées.

M. Lapointe nous a aidé de ses conseils, il a été le guide à l'esprit clair et précis, à la haute probité scientifique auquel ce travail doit beaucoup. Sa disparition nous a privé de son bienveillant appui quand nous terminions notre travail.

BIBLIOGRAPHIE

ANSCHUTZ (v. Mikulicz). — Beitrag fur Klinik des Dickdarmkrebses (*Mitteil. aus den Grenzgeb.* 1907). Suppl. — Bd. — Verlauf des Jleus ber Darm carcinom (*Arch. f. Klin. Chir.* 1902 Bd. 68 s. 195 — Heilungraussittchen Ceim Magent u. Darmcarcinom (*Munch Med Wochenschrif* 1907 n° 38).

ARMSTRONG. — Surgery of the Large Intestin. Transections of the Cancer (*Surg. Assoc.* 1906, vol 24, page 39).

BARTHÉLEMY et J. GUITAL. — Trois cas de cancer du côlon traités par colectomie après extériorisation (*Revue Med. de l'Est*, p. 55, 15 novembre 1927).

BARBARY. — Essai sur le traitement chirurgical du cancer du gros intestin (Paris, 1904).

DE BOVIS. — Cancer du gros intestin (*Revue de Chirurgie* 1900, t. V, page 673).

BARKER, A. E. — The Removal of tumours of the large intestine (*Lancet*, 1909 — may, I page 1231 — *Practitioner* Feb 1911).

BOEKEL G. — *Revue de Chirurgie*, 1907, p. 101.

BLOCH OSCAR. — Extraabdominale Behandlung des Darmkrebses (*Nord-Med. Arch.* 1892 ; Ref. *Centralbl. f. Chir.* 1892 — S. 628 — *Hospital Tidende* 1894 ; Ref. *Centralbl. f. chir.* 1895, S. 403.

BLOODGOOD. — Carcinom of the rectum and colon sigmoideum (*Transactions of the Amer sur assoc.* 1906, vol 74, p. 103.

BAKES. — Emzeitige Resection von Cæcal und Colontumoren (*Arch. f. Klin Chir.* 1906 Bd. 80 s. 998).

V. BRAMAUN. — Deutsch Chir. Congr. 1898. (*Berl. Klin. Wochensch.*, 1898, s. 408).

BIRD FRED. — Carcinoma of the ascending colon (*Lancet* 1906 Feb II, p. 440).

BRANCALANA. — Suites éloignées de l'hémi-colectomie droite pour carcinome (*Minerva Medica* an VIII, 8 septembre 1928, p. 353).

BILTON POLLARD. — Carcinoma of the colon and its treatment by colectomy (*The Brit. J.* 1904, 23 janvier, p. 175).

BINET. — Colectomie après extériorisation dans les cancers du colon (*Rev. Méd. de l'Est* 55 : 599, 15 novembre 1927).

R W. BOLLING. — Carcinoma of left colon partial colectomy by multiple stage extraperitoneal method of Mikulicz (*S. Clin. North. America* 733 14 juin 1929).

CADENAT et PERRIN. — Colectomie dans le cancer du gros intestin (*Revue de Chirurgie*, 1908. t. XXXVII, p. 130 et 761).

CAVAILLON. — Thér. chirurg. du cancer du gros intestin (rectum excepté) *Thèse de Lyon* 1905).

GLOGG. — Cancer of the colon (*Lancet* 1908, p. 1609. *Practitioner*, avril 1904).

CAPE (London). — Carcinoma of the colon (*Brit. Méd. J.* septembre 28).

COFFEY — New-York Med. Record. 1908 feb. 13 (*Ref Centralbl f. chir.*, 1908, S. 725).

P. DESCOMPS. — Les zones accolées du péritoine pour décollement opératoire (*Revue de Chirurgie*, 1922, n° 7, p. 451-498).

DE MARTEL. — A propos de la colectomie du cancer (*Proceedings of the Royal Society Med.*, septembre 1928).

P. DELBET. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. Paris*, 1922, 26 avril, p. 611.

DENK (V. Eiselsberg). — Radicałoperation des Dickdarmcarcinomes (*Arch. f. Klin. Chir.*, 1909 BD 89, s. 667).

DESMARET. — Cancer du cæcum (*Thèse de Paris*, 1908).

P. DUVAL. — A propos de la colectomie totale dans le traitement des cancers coliques (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurgie de Paris*, 1919, 29 octobre, p. 1365).

P. DUVAL. — Indications de la colectomie pour cancer (*Bull. Soc. de Chirurgie de Paris*, 1913, t. XXXIX, p. 1070).

EDMUNDS. — Transactions of the Clin. Soc. of London, 1894 (Ref. *Centrablatt f. chir.*, 1895, s. 402).

V. EISELSBERG S. — Prutz v. Haberer Denk, Odelgar.

FARR. — Sarcomes du gros intestin (*Annales of Surgery*, 1913, t. LVII, p. 818).

FALTIN (Helsingfors). — Dtsch-Zeitschrift f. Klin, 1912, Bd. 114 s. 215).

FEDOROFF (Petersburg). — Dickdarmcarcinom. Diser II (*Internat. Chir. Congr. Brussel*, 1908).

FENWICK (London). — Brit. Med. Journ., 1911, vol II, p. 781).

FERRON. — Soc. de chirurgie de Paris, 1909, p. 220).

FRIEDRICH. — Illescæaltumoren (*Arch. intern. de Chir.*, 1905, t. II).

FUCHSIG (Hochenegg). — Darmresectionen (*Dtsch. Zeitschr f. chir.*, 1901, Bd. 61, p. 173).

FINSTERER. — Ein weiterer Beitrag zur totalen Darmausschaltung (*Dtsch. Zeitch. fur Chir.*, 1920, t. CLV, p. 145-173).

FINSTERER. — Die stellung der totalen Darmausschaltung in moderne Darmchirurgie (*Deut. Zeit. fur Chir.*, 1929, t. CCXIX, p. 44-63).

FORGUE, ROUX et PUGES. — Cancer du côlon ascendant avec abcès rétro-colique, colectomie partielle ; résection latérale du duodénum adhérent, iléo-sigmoïdostomie au bouton (*Bull. de la Soc. des Sciences Méd et Biol. de Montpellier*, 1921-22, t. III, p. 270-274).

GIRAULT. — Cancer de l'anse sigmoïde (*Thèse de Paris*, 1914).

GELPKE. — Murphyknopf (*Deut. Zeits. f. Chir.*, bd. 81, S. 336).

GILSON. — Resection of the colon (*An. of Surg.*, 1909, vol. 2, p. 57).

GOEBELL. — Centralblatt. f. chir., 1910, S. 1443 (Orig.).

GRAW Mac. — Colonic carcinoma (*Transactions of the Amer. Surg. Assoc.*, 1904, p. 241).

GUSSENBAUER. — Congr. d. D. ges. f. Chir., 1908.

GUSSENBAUER. — Verhandlg. Th. I. s., 109 (*Zeit. f. Heilkunde*, 1880).

GOLDSCHMIDT. — Zur operation der mit Abzessbildung Komplizierten Dickdarmkarzinom (*Deut. Zeit. f. Chir.*, 1921, t. CLXV, p. 419-437).

V. HABERER (V. Eiselsberg) — Laterale entero-anastomose (*Arch. f. Klin. Chir.*, Bd. 72, S., 655 ; Bd. 76 H. I).

V. HABERER (V. Eiselsberg). — Mesenterialunterbindung etc., etc. (*Archiv. f. Klin. Chir.*, Bd. 92, S. 265).

V. HABERER (V. Eiselsberg). — Zur Frage der primären Dickdarmresektion (*Arch. f. klin. Chir.*, Bd. 94, S. 907).

V. HABERER (V. Eiselsberg). — Latérale Entero-anastomose (*Arch. f. klin. Chir.*, Bd. 89, S. 692).

HAENEL, SCHMIDT, BRUNS. — *Beitr. z. Klin. Chir.*, 1911, Bd. 74, S. 401).

HAHN. — Sorenson Berl. Klin Wochenschr., 1894, S. 276 ; Berl. med. Ges.

HARTMANN. — L'intervention chirurgicale dans les tumeurs du gros intestin (rectum excepté) (*Soc. de Chir. de Paris*, 1904, p. 864. Discussion : Quénu, Segond).

HARTMANN. — Soc. de Chir. de Paris, 1906, p. 420.

HARTMANN. — *Ibid.*, 1907, p. 473.

HARTMANN. — *Ibid.*, 1905.

HARTMANN. — Traitement chir. du cancer du côlon, Paris, 1907.

HARTMANN. — Traitement chirurgical des cancers (Travaux de chirurgie, 3^e série, p. 384).

HOCHENEGB. — Resultate bei operativer Behandlung carcinomatösen Dickdarmgeschwulste (*Arch. f. Klin. Chir.*, 1902, t. LXVIII, p. 172-187).

ISELIN. — Netzplastik (*Centralblatt f. chir.*, 1912, S. 739).

JABOULAY et CAVAILLON. — Colectomie pour cancer (*Lyon médical*, 1908, n° 13, p. 707).

KÖRTE. — Die chirurgische Behandlung der malignen Dickmargeschwulste (*Arch. f. Klin. Chir.*, 1903, t. CII, p. 563-630).

KÖRTE W. — Operationen der Geschwülste der Ileocecal-gegend (*Deut. Zeit f. Klin.*, Bd. 40, Chir. Behandlung der dickdarmcarcinomes (*Arch. f. Klin. Chir.*, Bd. 61 H 2).

LAPORTE. — La colectomie dans les cancers du côlon. Les différentes méthodes, leurs principes et leurs indications (*Soc. de Médecine*, 1925).

LAPORTE. — Cancer du côlon ascendant, cure radicale en trois temps, par M. Laporte. Rapport de M. Laporte (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1921, 27 avril, p. 565).

A. LANÉ. — The Lancet CXIX, n° 5076, 11 décembre 1920, p. 1184).

LANGEMAK (Grasser). — Darmausschaul tung als pralimin en opération grosser cæcaltumoren (*Deut. Zeit f. Chir.* 1902 Bd. 62 S. 330).

LECÈNE. — Sur les résections du côlon droit (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurgie de Paris*, 1921, 4 mai, p. 592).

LENORMANT. — Discussion à propos de deux cas de colectomie de M. Dujarier (*Soc. de Chirurgie*, 1914, p. 135).

MAYO C. H. — Cancer of the sigmoid and the rectum (*Transaction of the Amer. Surg. Associat.* 1906, vol 304, p. 43).

MAYO W. T. — Surgery of the Large Intestine (*Ass. of Surg.* 1909. vol, 2, p. 220).

MEYER W. (New-York). — Cancer of the colon (*Transaction of the Amer. Surg. Assoc.*, 1906, p. 123).

V. MIKULICZ, s, bei Anschutz. — Chir. Erfahrungen uber Darmcarcinom (*Arch. f. klin. chir.*, 1903, Bd, 69, S. 30).

MONTPROFIT (Angers). — Chirurgie du gros intestin, Paris, 1904.

MUMMERY, LOCKHARD. — *Lancet* 1908, 16 mai, n° 4420, p. 1403.

MOREAU. — Sept observations de colectomies partielles pour cancers pratiquées d'après la méthode d'extériorisation avec résection retardée. Résultats immédiats et éloignés (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, séance du 16 mai 1930).

NEUMANN Alfred. — Zur Radicaloperation des coloncarcinoms (*Zr. Ver d. chir.*, Berlin, 1906, Bd. 2, S. 3).

ODELGA (v. Eiselsberg). — Colostomie (*Arch. f. Klin. Chir.*, 1909, Bd. 89, S. 710).

OKINCZYC. — *Chir. de l'intestin*, Paris, 1907.

OKINCZYC et ABADIE. — Congrès français de Chirurgie 1922 (Technique et résultats de colectomie pour cancer).

OKINCZYC. — Cancer de l'intestin, 1 vol, Doin, 1923.

PAUCHET. — Colectomie pour cancer du côlon gauche (film cinéma).

PAUCHET. — La pratique chirurgicale illustrée, fasc. 3, 1922, chez G. Doin, édit., p. 162 et fasc. 1, 1921, p. 138.

PATEL. — Chirurgie colique (*Congrès de Chirurgie français*, 1913).

PAUCHET. — Carcinom. du côlon (*Congrès de Chirurgie français*, 1905, p. 820).

PAUCHET. — *Chir. du gros intestin* (*Arch. provinc. de Chir.*, t. XX, n° 7).

PAUCHET. — Colectomie droite pour cancer du côlon ascendant, iléo-colostomie transverse au bouton (film cinéma).

PAUL (Liverpool). — Personal Experiences in the Surgery of the large bowel (*Brit. Med.*, J 1912, July 27).

PETERMANN (Rotter). — Dickdarmcarcinom (*Arch. f. Klin. Chir.*, 1908, bd. 86).

POLLARD BILTON. — Carcioma of the colon (*Brit. Med. J.*, 1904, vol. I, p. 157).

PRUTZ (v. Eiselsberg). — Enteranastomose (*Arch. f. Klin. Chir.*, bd. 70, S. 233).

PARZY P. R. — Contribution à l'étude du traitement chirurgical du cancer du gros intestin (rectum excepté) (*Thèse de Lille*, 1926-27, n° 32).

PEREZ CAMACHO. — Hémicolectomia por cancer del colon ascendente (*An. de cir.*, A. : 334, agosto 1930).

QUÉNU. — Soc. de Chir. de Paris 1910, pp. 857 ff. *Ibid.*, 1901, p. 357 ; 1904-1905.

QUÉNU. — Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris 1913, 2 juillet, p. 1044.

RASTOUL. — Cancer du côlon descendant chez un vieillard de 75 ans. Colectomie en deux temps (*Soc. de Chir. et Méd. de la Rochelle*, février 1927, n° 2).

ROBSON, MAYO. — Treatment of cancer (*Brit. Med. J.*, 1904, p. 1501).

RÖTTER et PETERMANN. — Fr. ver. d. chir., Berlin 1903, th. I, S. 36. Combinirte operat. Methode zur Entfernung von Mastdarm u. Colocarcinom (*Arch. f. Klin. Chir.*, 1906, Bd. 8, S. 33).

REICHEL. — Sur la technique de la résection du gros intestin (*Arch. f. Klin. Chir.*, 1911).

ROMANI. — Contributo clinico operation allo studio del tumori maligni del côlon (a proposito di tre colectomia parziali per cancro) (*Bol. spec. Med. Chir.*, 4, 229, 1930).

SCHLOFFER Wolfler. — Zur operat. Behandlung des dickdarmcarcinoms (*Bruns' Beitr. z. klin. chir.*, Bd. 38, S. 150).

SAVAIN. — Resection of the large intestine for carcinoma (*Brit. Med. J.*, 1903, janvier 10).

STEINTHAL. — Zur Technik der Dickdarmresection (*Deut. Chir. Congr.* 1904, Verhandlg. th. I S. 250).

TAYLOR. — Colectomie (*The Lancet*, t. CXC VII, n° 5005, 2 août 1919, p. 197).

TIETZE. — Methode der dickdarmresection (*Berl. Klin. Wochenschr.*, 1910, n° 8).

THIEMANN (Riedel, Jena). — Darmverschluss, etc. (*Arch. f. Klin Chir.*, Bd. 92, S. 324).

TUFFIER. — Des abcès profonds de l'abdomen, premier symptôme d'un cancer de l'intestin (*Semaine Méd.*, 22 juin 1909, p. 193-195).

VIANNAY. — Cancer du côlon transverse. Colectomie en deux temps, guérison (*La Loire médicale*, 1929, n° 1, p. 25).

VIANNAY. — Colectomie par squirrhe du côlon pelvien en un temps (Soc. des sc. méd. de Saint-Etienne, *Loire Médicale*, 1912, 15 juin).

VIANNAY. — Statistique personnelle de 12 cas de colectomie pour cancer (*Lyon chir.*, 1914, juillet, t. XII, n° 1).

VIUCHOUD. — Résultats éloignés du traitement opératoire du cancer du côlon (1 vol., Lausanne, 1913).

VIUCHOUD. — Résultats éloignés du traitement opératoire du cancer du gros intestin (*Thèse du Doctorat Lausanne*, 1913).

VANVERTS. — Bull. Soc. de chir. de Paris, 1910.

VALDENSTRÖN (Berg). — Über Dickdarmresection wegen Carcinom, 1911 (*Nord Med. Archiv.*, t. XLIV, fasc. I, n° 25, p. 1).

WETTE. — Über Diagnose und Behandlung der Dickdarmcarcinoms (*Arch. f. Klin. chir.*, t. XCI, p. 959-996).

WILMS S. BLUM. — Dtsch. Zeitschr. f. chir., 1908, Bd 96.

P. DUVAL. — La fermeture des fistules et anus coliques chirurgicaux. Avantages de la fermeture intra-péritonéale d'après une statistique de 38 cas (*Bull. et Mém.*, n° 32, 1928).

P. DUVAL et WELTI. — Archives franco-belges de Chirurgie, 1929.

P. DUVAL et MENEGANT — De la méthode intra-abdominale dans le traitement des an. col. chirur. (*Revue Médicale Universelle*, juillet 1930).

